PRÉCIS de MÉDECINE

N° 8

G. OLLIVE ET H. LE MEIGNEN

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MÉDECINE LÉGALE - JURISPRUDENCE



PARIS
R. DE RUDEVAL, Éditeur
4, Rue Antoine Dubois

LES
ACCIDENTS DU TRAVAIL

MÉDECINE LÉGALE — JURISPRUDENCE

LES

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MÉDECINE LÉGALE — JURISPRUDENCE

PAR

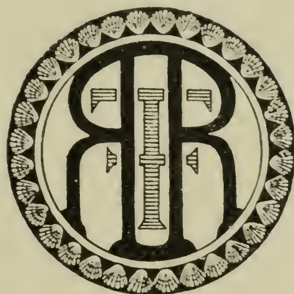
GUSTAVE OLLIVE
Professeur à l'École de Médecine de Nantes
Médecin des Hôpitaux
Membre correspondant de la Société
de Médecine légale de France

HENRI LE MEIGNEN
Médecin suppléant des Hôpitaux
Chef des Travaux physiologiques
à l'École de Médecine de Nantes

Avec la collaboration (pour la partie ophthalmologique) du

Dr E. AUBINEAU
Chirurgien-adjoint de l'Hôpital civil de Brest

Préface de MM. BROUARDEL, BENOIT et CONSTANT



PARIS
F. R. DE RUDEVAL, ÉDITEUR
4, Rue Antoine Dubois (VIe)
—
1904



PRÉFACE

Après avoir soulevé de violentes protestations, le principe du risque professionnel, en matière d'accidents du travail, n'est plus contesté, et la loi du 9 avril 1898 est, aujourd'hui, accueillie avec faveur, aussi bien par les patrons que par les ouvriers.

Son application a, toutefois, rencontré des difficultés et révélé des défauts que magistrats et avocats se sont efforcés de préciser dans de nombreux commentaires. De son côté, le législateur s'est bien vite rendu compte de la nécessité de compléter et d'améliorer son œuvre.

Une loi du 22 mars 1902 a déjà apporté plusieurs changements heureux aux dispositions de la première, concernant les formalités de procédure judiciaires ou extra-judiciaires exigées pour l'examen des actions en indemnité. D'autre part, le Sénat est à présent saisi de propositions adoptées par la Chambre des députés, comprenant de très nombreuses modifications qui, touchant au fond même de la loi, soulèvent les questions les plus délicates et les plus graves (1).

(1) Rapports de M. Chovet, sénateur, en date des 19 nov. et 1er déc. 1903 et 17 mars 1904.

Ces nouvelles propositions visent spécialement le paiement des indemnités journalières et des rentes constituées aux victimes d'accidents, ou à leurs ayants-cause; les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, ainsi que le droit pour le chef d'entreprise de faire visiter la victime; la compétence en dernier ressort du juge de paix dans les contestations relatives aux frais funéraires et aux indemnités temporaires; la nullité de tous accords tendant à éluder les prescriptions de la loi; la surveillance des compagnies d'assurances mutuelles ou à primes fixes contre les accidents.

En dehors même de la question capitale de l'extension à toutes les exploitations commerciales de la loi de 1898, dont la Chambre des députés s'occupe à l'heure actuelle (1) beaucoup d'autres encore demandent à être étudiées. MM. les docteurs Ollive et Le Meignen, les premiers du corps médical, viennent, à leur tour, apporter une contribution des plus utiles aux travaux publiés.

Les médecins sont d'ailleurs particulièrement fondés à se mêler à ces débats, poursuivis de toutes parts et sous toutes les formes, avec une persistance, une sollicitude et, parfois, une ardeur, qui témoignent de l'importance qu'ont prises, dans l'opinion publique, les questions relatives au travail. La loi, en effet, les appelle à intervenir comme les collaborateurs indispensables des magistrats et des avocats, à toutes les phases de la procédure qu'elle a organisée pour le

---

(1) Séance du 2 juin 1904.

règlement des indemnités à allouer aux ouvriers, en cas d'accidents.

C'est au médecin que, au début même de toute instance, le juge demande un certificat constatant l'état pathologique de la victime; c'est encore à son expérience qu'il aura recours ensuite, en cas de contestations sur les conséquences directes ou indirectes de l'accident; c'est enfin, au médecin qu'il appartiendra de préciser, avec sa compétence, la date de la consolidation de la blessure, qui servira à fixer le point de départ de la rente due. Éclairer le juge sur la pathogénie des troubles organiques dont les ouvriers, victimes d'accidents industriels, peuvent être atteints, tel est bien le rôle du médecin dans l'application de la loi du 9 avril 1898, et l'on comprend, dès lors, combien son avis est précieux à recueillir, non seulement pour le juge dans les espèces si variées qui peuvent lui être soumises, mais, aussi, pour le législateur qui a le souci de mener à mieux ce qu'il a déjà fait.

La loi de 1898 n'a pas défini ce qu'il faut entendre par *accident* et paraît avoir voulu exclure du risque professionnel les *maladies* qui, en raison des conditions dans lesquelles s'exécute le travail, sont la conséquence lente, certaine et presque fatale de la pratique normale de la profession (1). Qui, mieux que le médecin, pourra distinguer, dans chaque espèce, si l'on se trouve en présence d'une maladie ou d'un accident? Pour nos auteurs, l'accident est un fait anormal provenant de l'action soudaine et violente d'une force

(1) C. Lyon, 5 août 1903.

extérieure, et ce criterium leur permet de faire aisément la distinction dont il s'agit.

Tout en excluant du risque professionnel les maladies et les cas de force majeure, la loi permet, cependant, au juge d'apprécier si telle autre maladie que la maladie professionnelle, qui se manifeste au cours du travail est, ou n'est pas, un accident du travail. C'est ainsi que la jurisprudence a été amenée à décider que, si la loi de 1898 ne s'applique pas aux maladies professionnelles, auxquelles on ne saurait assigner une origine et une date déterminées, et qui ne sont que la conséquence de l'exercice habituel d'une certaine industrie, il en est autrement des *affections pathologiques accidentelles,* lesquelles, bien que contractées dans l'accomplissement d'un travail industriel, prennent leur origine et leur cause dans un fait déterminé ne rentrant pas dans les conditions normales de l'exercice de ce travail (1).

Également, si, en principe, la loi de 1898 ne s'applique pas aux accidents dus à l'action des forces de la nature, même quand ils sont survenus pendant le travail, il en peut être autrement quand le travail a mis ces forces en mouvement, ou en a aggravé les effets (2).

---

(1) Cass. req., 3 nov. 03; — dans l'espèce, affection charbonneuse contractée par un ouvrier tanneur en maniant des peaux.

C. Lyon, 5 août 03; — dans l'espèce, syphilis contractée par un ouvrier verrier en soufflant dans une canne contaminée.

(2) Cass, civ., 2 mars 1904; — Dans l'espèce, insolation contractée par un ouvrier au cours d'un travail exécuté en plein soleil, dans des conditions qui aggravaient ainsi les dangers que pouvait faire courir la température.

L'ouvrage de MM. Ollive et Le Meignen contient, sur toutes ces questions si délicates, des observations fort judicieuses, et, si nous suivons maintenant nos auteurs dans les pages lumineuses qu'ils consacrent à l'influence *du traumatisme sur le développement des maladies préexistantes*, nous apprenons, avec un vif intérêt, quelles sont les affections susceptibles d'être causées par un traumatisme, pendant combien de temps l'étiologie traumatique peut être admise, quels signes permettent de reconnaître si la maladie en cause est due, ou non, à un traumatisme.

Il est vrai que, d'après la jurisprudence de la plupart des cours et tribunaux, les magistrats n'auraient pas à tenir compte, dans l'application de la loi et pour la fixation de l'indemnité, de l'action plus ou moins considérable que l'état antérieur de l'ouvrier a pu exercer sur les conséquences directes de l'accident. Leur rôle devrait se borner à constater la nature du préjudice souffert et à en assurer la réparation forfaitaire, à l'aide de calculs dont les données lui sont imposées (1). Ils ne seraient pas, d'ailleurs, appelés à rechercher si une faute a été commise et quelles responsabilités elle entraîne; aussi bien, dit-on, l'infirmité antérieure dont la victime était atteinte, influait, déjà, sans doute, sur la valeur professionnelle de l'ouvrier et son salaire en donne la mesure légale (2).

MM. Ollive et Le Meignen s'efforcent plus particulièrement à l'aide d'arguments médicaux, de combattre

(1) Cass. Civ., 23 juillet 1902; dans l'espèce, un ouvrier borgne avait perdu l'autre œil au cours de son travail.

(2) Arrêt précité du 23 juillet 1902.

cette jurisprudence, qui leur paraît, si elle était maintenue et étendue, plus nuisible qu'utile aux ouvriers eux-mêmes. En tous cas, si l'infirmité latente ou cachée, dont souffrait la victime avant l'accident, n'avait pas influé sur l'appréciation de sa valeur professionnelle, s'il n'en avait pas été tenu compte lors de la fixation de son salaire, on peut se demander s'il serait équitable de prendre ce salaire pour base de l'indemnité à lui accorder. Cette réflexion peut paraître juste, notamment, lorsqu'il s'agit des prédispositions aux hernies, des affections du cœur, de l'orchite etc., etc., qui ont donné lieu à tant de procès délicats.

En dehors de ces questions principales que soulève, chaque jour, au point de vue médico-légal, l'application de la loi de 1898, MM. Ollive et Le Meignen en étudient quelques autres qui, pour être accessoires, n'en ont pas moins leur importance.

Voilà, par exemple, le certificat médical, qui, non seulement réclame de son rédacteur une grande précision et lui commande, le plus souvent, de prudentes réserves, mais qui encore est de nature à faire naître des questions de secret professionnel.

L'examen médical de la victime, reconnu nécessaire dans tous les cas où l'accident a causé des blessures plus ou moins graves, ne comporte pas toujours l'autopsie du cadavre lorsque l'accident a été mortel. Ne conviendrait-il pas de déclarer toujours, comme en Allemagne, cette autopsie obligatoire? Ne pourrait-on alors y procéder qu'avec l'assentiment de la famille de la victime?

Les soins médicaux à donner, les opérations chirur-

gicales à pratiquer, l'ouvrier blessé est il obligé de s'y soumettre et doit il dans une certaine mesure, être rendu responsable de l'impotance consécutive, lorsque cette impotence a été en partie occasionnée par sa négligence à suivre les prescriptions du médecin, ou par son refus de laisser procéder à une opération nécessaire? (1) Il semble, quoi qu'il en soit, qu'on ne saurait lui faire grief de s'opposer, ensuite, à une seconde opération, sur le résultat de laquelle l'homme de l'art laisserait une alternative, sans indiquer les complications possibles, quelquefois de la nature la plus grave (2).

L'ouvrier aura-t il pleine liberté dans le choix du médecin, pourra-t-il à sa fantaisie recourir à un empirique? aura-t on le droit de lui imposer un séjour à l'hôpital? quel contrôle le patron pourra-t-il exercer sur les soins qu'on lui donne?

MM. Ollive et Le Meignen s'étendent, enfin, sur le sujet de la consolidation de la blessure, en se demandant comment déjouer les manœuvres des simulateurs, et traitent la question des honoraires dus aux médecins et de l'étendue de la compétence en dernier ressort des juges de paix pour en régler le montant, toutes questions que le législateur se propose d'ailleurs de fixer prochainement par un texte précis (3), dans le sens de la jurisprudence (4).

---

(1) Dans le sens de l'affirmative : T. Narbonne, 17 juil. 1900.

(2) En ce sens : T. Vannes, 9 août 1900.

(3) Rapport de M. Chovet au Sénat, du 17 mars 1904; modifications à l'article 15 de la loi de 1898.

(4) Cass. req., 13 juillet 1903.

On peut voir combien est justifiée l'intervention des médecins au nombre des commentateurs de cette loi. Aussi est-ce avec pleine confiance que nous attirons l'attention du monde judiciaire et médical sur l'œuvre de MM. Ollive et Le Meignen dont les observations et les critiques sont présentées avec une réelle et savante autorité.

P. Brouardel,
Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, ancien Président de la Société de médecine légale de France.

Ed. Benoit,
Président à la Cour d'Appel de Paris, ancien Président de la Société de médecine légale de France.

Ch. Constant,
Avocat à la Cour de Paris,
Secrétaire général de la Société de médecine légale de France.

INTRODUCTION

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail, en sauvegardant les intérêts de l'ouvrier blessé, a accompli tout à la fois une œuvre d'humanité et de justice.

Trop nombreux, hélas! sont et resteront les accidents, malgré toutes les mesures préventives en apparence les plus efficaces.

Indépendamment des fautes possibles, des hasards malheureux, l'habitude de vivre au milieu des périls engendre l'insouciance et conduit même au mépris du danger.

Avant 1898, l'ouvrier blessé était soumis au droit commun et il n'avait d'action que lorsqu'il avait démontré qu'il y avait eu imprudence ou négligence de la part du patron.

Or, une statistique qui n'a guère été contestée, au moment de la discussion de la loi, tendait à établir que si, sur 100 accidents, 12 étaient imputables au patron, 20 l'étaient à l'ouvrier, 62 étaient le fait du hasard ou d'une cause inconnue.

Le fonctionnement de la loi a créé pour le corps médical, des devoirs nouveaux.

Si les médecins n'hésitent pas avec leur dévouement habituel à donner leurs soins aux blessés, acceptant quelquefois même pour ces soins une rémunération trop souvent insuffisante, combien ne doivent ils pas user de jugement, de tact, de douce fermeté lorsqu'il s'agit d'imposer au blessé, qui s'y refuse parfois, la reprise du travail. La tâche devient plus difficile encore lorsqu'il s'agit d'apprécier dans quelle proportion se trouve réduite la capacité professionnelle d'un blessé, que tare une infirmité.

Car c'est aux médecins que les chefs d'industrie ou les Tribunaux s'adressent presque toujours pour apprécier la gravité de la blessure, les suites immédiates ou éloignées de l'accident, pour les aider en un mot dans leur œuvre de légitime réparation.

La Loi du 9 avril 1898 a donc établi entre la justice et la médecine des rapports étroits.

S'il y a une médecine des accidents du travail, une chirurgie des accidents du travail, il y a aussi une *médecine légale des accidents du travail.*

Les questions s'y multiplient. Si les unes sont faciles à résoudre, il y en a d'autres dont la solution ne laisse pas que d'embarrasser.

Un ajusteur mécanicien a perdu l'extrémité de deux phalangettes; il voudrait bien remplacer ses deux extrémités de phalangette par une petite rente. On a recours au Tribunal qui, lui, demande au Médecin expert d'établir dans quelle proportion se trouve diminuée la capacité professionnelle de cet ajusteur mécanicien qui a perdu deux bouts de phalange.

Le blessé demande parfois des certificats à plusieurs médecins : 20 % ont certifié les uns, 40 % ont certifié les autres; c'est que ni les uns ni les autres ne sont ajusteurs

mécaniciens. Et il en sera souvent de même car, quelle que soit la profession de l'ouvrier, c'est au médecin que le juge s'adressera pour dire ce que vaut l'index du menuisier ou le petit doigt du maçon.

On a pu se demander s'il ne serait pas bon d'adjoindre à l'expert médecin un expert professionnel et si le problème de la diminution de capacité de travail ne serait pas mieux résolu par une sorte de Tribunal mixte composé du juge, du médecin et du professionnel. Mais actuellement il n'en est point ainsi et c'est au médecin qu'il appartient le plus souvent de chercher la solution la plus juste aux questions posées.

D'ailleurs, il est des cas où il ne s'agit plus seulement de décider quelle est la diminution d'aptitude professionnelle entraînée par la perte d'un membre ou d'un segment de membre ; il est des cas où le Médecin seul est capable de se reconnaître au milieu des symptômes pathologiques aussi multiples que variés que présente le blessé.

La loi du 9 avril 1898 a vu se créer (on peut bien le dire) dans la population ouvrière un état d'âme spécial. Nous ne voulons point parler de la simulation, la simulation est une lâcheté, le simulateur est méprisable ; nous ne voulons point davantage signaler le chômage abusif qui atteint au moins 20 %, ce qui veut dire que, sur cent journées payées à l'ensemble des assurés, il y en a vingt pendant lesquelles les sinistrés auraient travaillé sans difficulté, s'ils n'avaient pas derrière eux le bénéfice de la loi. Ce que nous voulons dire, c'est combien se sont multipliés les cas de cette affection connue sous le nom d'hystéro-neurasthénie traumatique, affection si variable dans ses manifestations symtomatiques et pour laquelle le pronostic est souvent si difficile à poser.

Un ouvrier a été blessé, quelquefois même sa blessure est légère. Sa première pensée, quelquefois son unique préoccupation, c'est d'obtenir réparation du dommage que l'accident lui a causé, et à laquelle la loi lui donne droit. Cette idée, une fois fixée dans son esprit, va y germer et elle le portera peu à peu à mal apprécier la gravité de sa blessure. Autour de lui parents et amis ne feront par leurs paroles qu'entretenir l'état de préoccupation dans lequel vit le blessé ; il se créera pour ainsi dire autour de lui une atmosphère d'inquiétudes ; son procès s'engagera et, pendant tout ce temps, ne feront que mieux s'établir, s'aggraver même, les symptômes nerveux qu'il présente.

Cet état psychique, état complexe, moitié conscient, moitié inconscient, fait de l'émotion causée par l'accident et de la préoccupation de l'issue du procès engagé, porte le blessé à exagérer plus ou moins ce qu'il éprouve.

Rien n'est difficile comme de répondre au juge qui vous interroge et vous demande de dire dans quelles proportions se trouve diminuée la capacité de travail. Rien n'est difficile encore comme de fixer la date à laquelle le blessé pourra reprendre son travail. L'affection est guérissable, encore n'est-il pas possible de dire quand elle guérira ; et malheureusement il faut l'avouer il est de ces malades qui ne guérissent jamais.

Enfin, à côté de ces états névropathiques, l'ouvrier a quelquefois trop de tendance à rapporter à l'accident toute affection dont il est ou se croit atteint, et le patron ou la Compagnie d'assurances qui le représente, a de son côté trop de tendance à nier les conséquences de l'accident.

C'est donc au médecin qu'il appartient, ne se laissant guider que par l'étude approfondie du cas qui lui est

soumis, jugeant selon sa conscience, décidant en toute impartialité, de dire quelle est la part de l'accident dans le développement des phénomènes pathologiques qu'il observe.

Que le médecin donne ses soins au blessé du travail, qu'il établisse le premier certificat, qu'il soit désigné comme expert, il est intimement mêlé au fonctionnement de la loi du 9 avril 1898. Il doit en connaître l'esprit et les principales dispositions.

Mais les patrons aussi bien que les ouvriers, les magistrats aussi bien que les avocats, ont souvent besoin de connaître l'état de la science médicale sur tel ou tel point qu'ils sont chargés de solutionner ou de défendre.

Nous avons tenté de résumer dans cet ouvrage ce qui peut être utile aux uns et aux autres. Nous avons été aidés dans notre tâche par les travaux allemands (une loi sur les accidents de travail fonctionne en Allemagne depuis 1884) et aussi par les travaux italiens (1).

Nous avons tenu à nous borner à l'étude des points litigieux, laissant de côté toutes les lésions traumatiques qui ne peuvent prêter à discussion.

Le caractère essentiellement pratique que nous avons voulu garder à ce livre nous a fait écarter le plus possible du texte les observations détaillées, les rap-

---

(1) Stern. Ueber die traumatische Entsehung der inneren Krankheiten. Iéna 1900.
Thiem. Handbuch der Unfallerkrankungen. Stuttgart 1898.
Becker. Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen Thätigkeit. Berlin 1899.
Raffaele. Il medico ed il giudice nella legge sugli infortuni del lavoro. Naples 1901.
Borri. Le lesioni traumatiche di fronte ai codici penale e civile ed alla legge sugli infortuni del lavoro. Milan 1899.

ports médico-légaux, cherchant surtout à formuler des conclusions.

Toutes les fois qu'il y a eu lieu, nous avons indiqué les décisions prononcées par les tribunaux français et même par les tribunaux étrangers; mais nous n'avons pas hésité à formuler notre avis médical, fût-il même contraire à la jurisprudence adoptée.

Enfin, allant peut être trop loin, nous nous sommes permis d'indiquer quelquefois les modifications et les perfectionnements dont la loi de 1898 pourrait être l'objet dans l'intérêt de tous.

Nous tenons à remercier Monsieur DELÉARDE, directeur de la branche accidents de la compagnie « LA FONCIÈRE », qui a bien voulu mettre à notre disposition, avec une complaisance inlassable, et sa grande compétence et ses archives.

Puissions-nous avoir fait un travail utile en apportant notre faible concours à l'œuvre de haute portée sociale qu'est la LOI DU 9 AVRIL 1898.

PREMIÈRE PARTIE

L'ACCIDENT ET SES SUITES IMMÉDIATES

CHAPITRE PREMIER

Les faits visés par la loi

L'article 1er de la loi. — Il ne définit pas le mot accident. — Interprétations des commentateurs. — Définition de l'Office impérial allemand. — La lésion corporelle doit résulter d'un fait anormal agissant soudainement, avec violence. — L'accident doit survenir par le fait ou à l'occasion du travail. — La faute inexcusable — Sa définition. — L'ivresse, le défaut de soins, envisagés comme faute lourde

1. — L'article premier de la loi du 9 Avril 1898 sur la responsabilité des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail est ainsi conçu :

Les accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail aux ouvriers et employés occupés dans l'industrie du bâtiment, les usines, manufactures, chantiers, les entreprises de transport par terre et par mer, le chargement et le déchargement, les magasins publics, mines, minières, carrières, et, en outre, en toute exploitation ou partie d'exploitation dans laquelle sont fabriquées ou mises en œuvre des matières explosives ou dans laquelle il est fait usage d'une machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux, donnent droit au profit de la victime

ou de ses représentants à une indemnité à la charge du chef d'entreprise, à la condition que l'interruption de travail ait duré plus de 4 jours.

Cet article, qui détermine les circonstances dans lesquelles la loi est appelée à fonctionner est de connaissance très importante pour les médecins. La loi du 9 Avril 1898, avec ses modifications successives, leur impose en effet de nouveaux devoirs, en même temps qu'elle leur crée de nouveaux droits. Il ne doit pas y avoir confusion : il leur est nécessaire de connaître dans quelles conditions naissent ces devoirs, dans quels cas ils sont fondés à faire valoir ces droits.

2. — Dès le premier mot nous sommes arrêtés. Nulle part, ni dans un passage de la loi, ni dans la suite des articles, on ne trouve la définition du mot accident : il semble, soit que le législateur ait considéré cette expression comme suffisamment explicite et ne prêtant pas à l'équivoque, soit qu'il ait entendu ne pas restreindre le pouvoir d'appréciation laissé au juge dans chaque cas particulier.

Cette omission, pourtant, ne passait pas inaperçue des commentateurs, d'autant plus que des difficultés s'élevèrent dans la pratique

3. — Quelques jours avant celui de la mise définitive en vigueur de la loi, M. Lebret, ministre de la Justice, dans une circulaire aux tribunaux, écrivait :

L'accident, tel qu'il faut l'entendre dans notre matière, consiste dans une lésion corporelle, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. (Circulaire du 10 Juin 1899).

Ce sont les mêmes termes qu'emploie un autre Garde des Sceaux, M. Monis dans sa circulaire du 22 août 1901.

L'interprétation donnée par un ministre de la Justice peut être un commentaire très autorisé de la loi, mais elle n'est pas la loi, elle ne lis pas le juge. Nous aurons occasion de voir plusieurs applications de ce principe ; on a donc le

droit de la discuter. La définition de l'accident donnée par M. LERRET et M. MONIS, renferme une très grande part de vérité, elle ne nous paraît pas exacte cependant.

M. SERRE, en commentant la loi, définit l'accident :

Tout fait par lequel l'homme est victime d'une lésion corporelle.

Ce sont à peu près les termes dont se sert M. VERHAEGEN en Belgique :

Tout événement qui, survenu par le fait du travail, entraîne une lésion de l'organisme (Congr. acc. trav. 1897).

C'est donner évidemment une trop grande extension au terme employé par le législateur.

C'est faire entrer dans la classe des dommages entraînant réparation les maladies professionnelles que le législateur a expressément voulu omettre, mais M. SERRE a raison de dire que l'accident est un *fait*. Les deux définitions précédentes du mot accident en donnant comme synonyme, l'expression *lésion corporelle*, prenaient l'effet pour la cause, et c'est aussi le reproche qu'on peut faire à M. MARESTAING déclarant que :

L'accident est une atteinte au corps humain provenant de l'action soudaine et violente d'une force extérieure.

Définition qu'adopte M. SACHET, un autre commentateur. Querelle de mots, peut-être, mais les mots ont leur importance en pareille matière.

4. Le Bureau Impérial des Assurances de l'Empire allemand nous semble serrer de plus près la vérité.

L'accident, dit-il, est un fait anormal et étranger au cours du travail, qui se produit inopinément et dont les conséquences sont nuisibles à la vie et à la santé.

Dans l'acception courante, et nous devons supposer que le législateur a pris celle-là, nous n'avons aucune raison pour croire le contraire, un accident est bien un fait *anormal* : n'en constitue pas un, ce qui est conforme au cours régulier

des événements. L'étymologie est bien d'accord avec cette conception.

Nous disons donc qu'un accident du travail est *un fait anormal et étranger au cours du travail*; *le fait peut n'avoir aucune conséquence fâcheuse pour les personnes, il n'en constitue pas moins* L'ACCIDENT. *Il peut, au contraire, occasionner des lésions corporelles et ce sont celles-ci seulement que le législateur a entendu viser et réparer à l'exclusion des autres conséquences dommageables.*

5. — Voici un exemple que nous empruntons à l'ouvrage de BECKER :

Un ouvrier chaudronnier obligé de travailler dans l'intérieur d'une chaudière balayée par un courant d'air fut frappé d'une pneumonie *a frigore*. On n'admit pas qu'il y eut accident de travail, et à juste titre selon nous, car tout s'était passé sans qu'aucun fait anormal eût troublé la besogne de l'ouvrier.

Il appartient d'ailleurs à de plus autorisés que nous de dire si dans l'accomplissement régulier d'un travail ainsi fait, l'ouvrier n'aura pas acquis une action contre son patron, au cas où il résulterait pour lui un préjudice quelconque, de l'inobservation des précautions les plus élémentaires; nous croyons seulement que cette action ne peut se baser sur la loi du 9 Avril 1898.

6. — Sauf cette notion de l' « *anormalité* », non explicitement exprimée, nous trouvons dans la définition de MARESTAING, l'énonciation des principaux caractères des faits visés par la loi, sur lesquels se sont mis d'accord presque tous ceux qui ont étudié la loi de 1898 : cause extérieure, soudaineté, violence. M. le professeur agrégé RÉMY leur a consacré d'assez longs développements, au début de son cours sur les accidents du travail. (Fac. de médec. de Paris. Cours libre 1901-1902.)

7. — Sans la *cause extérieure*, il peut bien se produire une

lésion corporelle, mais il n'y a pas accident du travail; alors même que cette cause extérieure n'est pas immédiatement apparente, on doit pouvoir toujours la mettre en évidence. Il en est ainsi, par exemple pour les lésions causées par l'effort : comme le fait remarquer M. Rémy, la cause de l'effort peut être intérieure s'il s'agit d'un crachat ou d'une mucosité nasale à expulser, mais elle peut être extérieure dans le cas d'un poids soulevé par exemple; en somme, on ne discute que l'existence de la cause extérieure : tous sont d'accord, et admettent qu'elle doit exister pour qu'il y ait accident prévu par la loi. La difficulté ne commence que dans l'interprétation de certains faits : hernie, lumbago, etc, par exemple; nous aurons à nous demander à propos de chacun d'eux, s'il y a vraiment une cause extérieure ayant déterminé une lésion corporelle.

8. — Il ne suffit pas qu'une lésion corporelle résulte d'une cause extérieure agissant d'une façon anormale pour qu'il y ait accident au sens de la loi : il faut encore qu'il y ait *soudaineté* dans l'action de cette cause extérieure. C'est l'idée exprimée par M. Millerand, Ministre du Commerce (Circulaire du 24 Août 1899), quand il parle de l'accident comme « la conséquence immédiate et prochaine d'un événement soudain. » Les législations étrangères, la législation *allemande* en particulier, admettent comme indiscutable la soudaineté ou tout au moins une très grande rapidité dans l'éclosion des troubles organiques. Rémy cite deux exemples empruntés à Thiem qui sont très typiques.

Dans le premier cas, il s'agit d'un ouvrier occupé à porter des claies; à la fin du premier jour il ressent une légère douleur dans la main. Le lendemain et le surlendemain, malgré l'augmentation du mal, il continue sa tâche; une ampoule se déclare, s'aggrave; l'inflammation, de superficielle devient profonde, et le résultat est un phlegmon, entraînant comme résultat une raideur dans un doigt. Le juge refusa la rente en considérant qu'il avait fallu plus de deux jours à l'affection en question pour se déclarer. Dans le second cas, pres-

que identique, l'indemnité fut aussi refusée à un ouvrier mi neur tournant à la main une perforeuse et chez lequel la pression de l'outil avait fini par déclarer au bout d'un jour et demi une inflammation ayant eu les mêmes conséquences finales que pour le premier ouvrier. Dans ces deux cas il n'y avait pas eu caractère de soudaineté dans la lésion produite et de plus, nous ne trouvons pas le fait anormal qui, pour nous, est constitutif de l'accident.

La loi ne parle nulle part de la notion de soudaineté de l'accident; mais à plusieurs reprises, l'idée du législateur apparait clairement. L'article 11 réglant la procédure à suivre enjoint au patron de déclarer tout accident dans les 48 heures, de déposer le certificat médical dans les quatre jours. Il ne peut s'agir, pour faire courir ce délai que d'un fait à date absolument précise.

9. — Mais, comme le remarque M. Rémy, la soudaineté, condition indispensable de l'accident, n'est pas nécessairement condition suffisante, et il prend comme exemple l'éclosion subite de troubles graves saturnins qui ne sont pourtant que la conséquence d'un empoisonnement lent. Là encore ce qui nous fait rejeter l'idée d'accident, c'est l'absence de tout événement extérieur imprévu dans le travail de l'ouvrier.

10. — Il est des cas où la soudaineté de la lésion n'apparaît pas clairement. On peut supposer que longtemps après un accident un ouvrier se plaigne de certaines affections qu'il rapporte à celui-ci. La loi en permettant aux réclamations de se produire dans le délai d'un an semble admettre cette possibilité, mais ce retard dans l'apparition des lésions n'est qu'apparent; l'accident a provoqué immédiatement un trouble dans le fonctionnement organique, trouble qui, resté latent pendant un délai plus ou moins variable, a abouti à l'éclosion finale d'une maladie. Il appartient, dans ces cas, à l'ouvrier demandeur, de faire la preuve de la filiation entre l'accident et l'affection actuelle; au médecin expert, d'établir la plus ou moins grande exactitude du rapport invoqué. La

tâche pour l'un et pour l'autre ne sera pas toujours facile, et tous les auteurs qui ont traité la question reconnaissent cette difficulté et déplorent le long délai accordé par la loi pour pouvoir se dire victime d'un accident.

11. — La *violence* a été écartée de certaines définitions et plusieurs auteurs ne la considèrent pas comme élément indispensable de l'accident. Mais, c'est qu'on attache généralement au mot violence un sens qui n'y réside pas vraiment : en réalité, légère ou grande, la violence existe toujours dans l'accident. Encore faut-il qu'elle soit suffisante, et nous dirons avec le Tribunal de Lyon (Jugement du 3 Mai 1901) que l'événement constitutif de l'accident doit être tel qu'il puisse

produire les mêmes effets sur toute personne qui se serait trouvée dans des conditions identiques à la place de la victime pour accomplir le travail.

Cette idée sur laquelle nous aurons occasion de revenir nous paraît absolument juste, mais a le tort de ne tenir compte que des circonstances extérieures ; nous la rectifierons ainsi : « produire les mêmes effets sur toute personne de même âge et de même sexe, se trouvant dans des conditions identiques.... » Il est clair, en effet, que tel fait constituant un accident pour une femme, un enfant, peut être sans aucune conséquence fâcheuse pour un homme dans la plénitude de ses forces physiques.

12. — Il ne suffit pas qu'un accident ait frappé un ouvrier avec toutes les conditions de fait que nous venons d'étudier pour qu'il y ait forcément lieu à réparation. Il faut encore que cet accident se soit passé dans un établissement soumis à la loi et qu'il se soit produit par le « fait du travail, ou à l'occasion du travail .»

La condition d'industrie soumise à la loi nous arrêtera peu ; elle a donné lieu à de nombreuses interprétations du Comité consultatif des assurances. Le médecin n'a guère à s'en pré-

occuper le plus souvent. Il devra cependant se rappeler que les droits qu'il tient de la loi de 1898 s'appliquent exclusivement aux faits visés par cette loi. Dans les cas douteux, il aura avantage à interpréter la loi dans un sens plutôt restrictif. Nous aurons occasion de revenir sur ce point.

13. — Dans un projet adopté primitivement, car nombreux furent les remaniements successifs avant d'aboutir au texte définitif, la Chambre des députés avait mis à la charge du patron tous les accidents sans distinction de cause. Plus tard, diverses modifications furent apportées à cette rédaction primitive et on s'arrêtera définitivement au texte actuel : « accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail. » La loi française est ainsi plus large que les législations étrangères qui, presque toutes exigent que l'accident ait eu lieu pendant le travail lui-même pour donner lieu à réparation.

14. — Il faut entendre le travail dans un sens large. L'ouvrier est à son travail, non seulement tant qu'il est pris par l'occupation elle-même pour laquelle il est engagé, mais encore lorsqu'il exécute tout ordre de son patron ou des représentants de celui-ci tendant au bon fonctionnement de l'atelier où il est occupé. Sachet en donne un exemple bien choisi. Que le feu prenne dans une partie éloignée de l'usine, l'ouvrier sera tenu d'obéir aux ordres qui lui seront donnés de se porter sur le lieu du sinistre et de joindre ses efforts à ceux de ses camarades ; pendant tout ce temps, il ne cesse pas d'être à son travail, et, s'il est blessé ou tué, l'accident dont il sera victime sera de ceux auxquels notre loi est applicable. La solution devrait être toute différente si l'accident avait éclaté après la fermeture de l'usine, et que l'ouvier serait venu tout exprès pour le combattre. En pareil cas, son action, quoique peut-être plus louable encore, n'aurait pas le caractère industriel prévu par la loi.

15. — Ce n'est pas par une sorte de pléonasme que le

législateur a employé dans son texte, les deux expressions par le *fait du travail*, *à l'occasion du travail*; il n'y a pas similitude, en effet, entre les deux. On peut dire qu'ici tous les mots ont été pesés et ont leur importance. Il pourra bien se produire des difficultés d'espèce; les tribunaux pourront bien être appelés à trancher la question de savoir si un cas donné rentre ou non dans ceux que la loi a voulu réglementer, mais la pensée du législateur est absolument claire et ne peut prêter à l'équivoque.

Un accident se produisant dans le travail n'est pas nécessairement un accident arrivant par le fait du travail. Ainsi, le Tribunal du Hâvre (18 Janvier 1900) a débouté de sa demande en indemnité la famille d'un ouvrier envoyé par son patron dans un établissement industriel pour y charger des marchandises, et qui profita d'un moment où il était inoccupé pour toucher, par pure curiosité, les fils électriques d'un treuil; le courant l'avait foudroyé. Le Tribunal a admis qu'il n'y avait aucune relation entre l'accident et le travail. De même, on ne pourrait admettre qu'il y a relation entre l'accident et le travail, dans le cas où un ouvrier, après avoir provoqué un de ses camarades, recevrait de celui-ci un coup occasionnant une blessure.

Au contraire, le travail peut être terminé lorsque l'accident se produit. Par exemple, une matière détonante a glissé dans la poche d'un ouvrier. Celui-ci, rentré chez lui, en provoque inconsciemment l'explosion : à l'encontre des lois allemandes et autrichiennes, la loi française admet qu'un dédommagement est dû à la victime. (SACHET).

Alors même que l'accident n'arrive pas par le fait du travail, il donne lieu à réparation au profit de la victime si le travail en a été l'occasion. Sans entrer dans la discussion de cas trop nombreux, nous citerons les décisions de l'Office impérial allemand qui accorde une indemnité à un chef mineur blessé par un ouvrier mineur qu'il avait dû réprimander dans l'exercice de ses fonctions (SACHET).

16. — Ce ne sera évidemment pas au médecin de recher

cher dans chaque cas particulier s'il y a lieu de faire application de la loi : la solution de ces difficultés regarde les magistrats, mais le médecin est mêlé d'une façon trop intime au fonctionnement de la justice en pareille matière pour pouvoir ignorer ce qu'a été l'idée du législateur, ce qu'a décidé la jurisprudence. D'ailleurs, et c'est la raison qui nous fait insister longuement sur ces préliminaires, la connaissance exacte des difficultés qui peuvent être soulevées lui montrera combien soigneux doit être son examen, et avec quelle attention il devra se rendre compte des circonstances possibles ou probables de l'accident.

17. — La loi du 9 Avril 1898 est une loi de transaction ; dans l'industrie une partie des accidents est due à l'imprudence des ouvriers, une partie est causée par la négligence légère des patrons, une partie par des causes fortuites que personne ne peut prévoir ou écarter. S'il était juste de considérer les dernières comme une charge de l'industrie, les accidents des deux premières catégories, d'après le droit commun, devaient être supportés par celui qui en était l'auteur. Dans l'intention d'éviter les difficultés naissant du classement d'un accident donné dans tel ou tel groupe, dans un but d'apaisement par conséquent, le législateur a préféré prendre un moyen terme, et tous les accidents ont été mis à la charge du patron, mais celui-ci n'est responsable que d'une partie du dommage causé. Cette partie est définie par l'article 3 :

En cas d'incapacité temporaire de travail, l'ouvrier a droit à la moitié de son salaire quotidien ; en cas d'incapacité permanente, à une rente égale à la moitié de la réduction subie par son salaire annuel si l'incapacité est partielle, aux deux tiers de ce salaire, si l'incapacité est totale.

Le résultat a-t-il été celui qu'on attendait ? En présence du nombre de procès suscités par la présente loi, en peut se le demander. Cependant, il paraît certain que du moment où le principe de la réparation était admis, les contestations eussent été infiniment plus nombreuses avec un autre système

de législation. Aussi, voyons-nous toutes les nations qui ont des lois ouvrières adopter le partage entre le patron et l'ouvrier du dommage causé par l'accident.

Il est un cas cependant, où, à première vue, il paraît injuste de répartir ainsi la responsabilité : c'est lorsque l'une des deux parties a suscité l'accident par une négligence exceptionnellement grave, lorsqu'il y a faute lourde de sa part. L'article 20 de la loi française prévoit cette hypothèse.

Aucune des indemnités déterminées par la présente loi ne peut être attribuée à la victime qui a intentionnellement provoqué l'accident.

Le Tribunal a le droit, s'il est prouvé que l'accident est dû à une faute inexcusable de l'ouvrier de diminuer la pension fixée au titre I.

Lorsqu'il est prouvé que l'accident est dû à la faute inexcusable du patron ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, l'indemnité pourra être majorée, mais sans que la rente ou le total des rentes allouées puisse dépasser soit la réduction, soit le montant du salaire annuel.

Rien ne semble plus logique ; cependant, peu de questions ont été si discutées et les sociologistes sont loin d'être d'accord. Les législations allemandes et autrichiennes ne font aucune distinction entre la faute légère et la faute lourde, et garantissent tous les accidents quelle qu'en soit la cause. La loi anglaise, au contraire, prive de tout droit à l'indemnité la victime d'un accident provoqué par faute lourde. On retrouve ici l'indice de ce profond sentiment de la responsabilité personnelle développé dans la race anglo-saxonne.

18. — Le motif invoqué pour couvrir la faute lourde de l'ouvrier et du patron est de restreindre le plus possible les procès. Mais, n'y a-t-il pas quelque inconvénient à mettre l'ouvrier au rang des machines inconscientes? On répond que l'instinct de la conservation est toujours assez puissant. Il n'est pourtant pas suffisant si nous en croyons les exemples de faute lourde relevés dans la jurisprudence.

Les statistiques allemandes nous fournissent des chiffres éloquents. Nous les emprunterons au rapport présenté par M. Prins au Congrès des assurances contre les accidents du travail tenu à Bruxelles en 1897. En Allemagne, le nombre total des accidents déclarés était pour 1.000 assurés, en 1886 de 26, 91; en 1894, de 36, 37; en Autriche, depuis la mise en vigueur de la loi, les accidents ont doublé. S'il y a des causes normales et logiques à cette progression : application à un nombre toujours plus grand d'assurés, statistique plus exacte des déclarations d'accidents, connaissance plus parfaite de la loi par les ouvriers, « il y a aussi, dit M. Prins une cause spéciale, que mêmes les plus convaincus du système allemand commencent à admettre : c'est l'influence de l'imprévoyance, résultat d'un système qui, n'ayant en vue que les masses et couvrant pour ainsi dire tous les actes des patrons et des ouvriers, étouffe le sentiment de la responsabilité individuelle chez les uns comme chez les autres. »

19. — Le même rapporteur ajoute les chiffres suivants : en 1889, sur 15.970 accidents, 281 sont dus au non emploi des dispositifs de protection; 825 à l'inobservation des mesures de sécurités ou instructions données par le patron; 316 à l'ouvrier, aux jeux, aux rixes près des moteurs dangereux. Au total, plus de 9 0/0 des accidents auraient pu être évités, s'il y avait eu observation des règles élémentaires de la prudence. Le fait suivant montre l'esprit de la loi allemande : L'indemnité a été accordée à un ouvrier blessé qui, malgré les observations à lui adressées, avait fait de la gymnastique autour d'un arbre de transmission en marche. S'il semble illogique d'indemniser de la même façon l'ouvrier victime de la fatalité, du hasard malheureux et celui qui, par une imprudence grave, aura pu parfois causer la mort d'un ou de plusieurs de ses camarades il ne paraît pas moins injuste d'atteindre également le patron dont les ateliers seront dotés de tous les moyens de protection, et celui qui, avec une insouciance coupable expose son employé à des risques graves. Nous tenons donc pour bonne l'introduction

de la faute inexcusable dans la loi française. Fait significatif d'ailleurs, nous voyons le Comité de la corporation minière allemande demander au Reichstag de décider que la négligence grave des ouvriers pourra donner lieu à réduction d'un quart de l'indemnité.

20. — La faute inexcusable n'est définie ni dans la loi, ni dans les commentaires qu'en ont donnés les circulaires ministérielles. La commission belge du travail dit « qu'elle est la violation consciente des devoirs essentiels de sécurité. » Le rapport présenté au Sénat francais en 1895 s'exprimait ainsi :

La faute lourde de l'ouvrier apparaîtra toutes les fois qu'il y aura de sa part un manquement aux règlements ou à des prescriptions verbales formelles.

Van Berghem, à la Commission belge, commentant la définition, dit :

La faute lourde, c'est l'imprudence inexcusable, l'imprudence poussée à son maximum.... Du chef des ouvriers, c'est la méconnaissance des précautions élémentaires qui s'imposent dans tout travail, la désobéissance aux ordres de leur patron, aux règlements de police ; du chef des patrons, c'est l'oubli de leur obligation de veiller à la sécurité des ouvriers, la résistance aux avis des hommes de l'art.

Sachet indique clairement les trois conditions nécessaires pour qu'il y ait faute lourde. C'est : 1° la volonté d'agir ou d'omettre; 2° la connaissance du danger pouvant résulter de l'action ou de l'inaction : 3° l'absence d'excuse ou de causes explicatives, c'est-à-dire qu'il faut que la faute n'ait été ni nécessaire ni utile,

Ce sont les principes que nous venons d'exposer qui ont guidé les tribunaux dans l'appréciation des faits soumis à leur examen. Ainsi, le Tribunal de Dijon déclare, dans un jugement du 21 mai 1901, que, pour constituer une faute inexcusable, l'accident doit réunir les trois conditions suivantes :

Il faut que cet acte, sans supposer chez son auteur l'intention de provoquer l'accident, soit cependant le produit de sa libre volonté; que cet acte soit d'une gravité exceptionnelle de nature à amener presque fatalement un accident, ne pouvant échapper à l'homme ayant le plus léger souci de sa vie et de celle de ses semblables; que cet acte ait été commis sans motif légitime, c'est-à-dire en dehors de circonstances exceptionnelles ou de nécessités impératives, pouvant justifier dans une certaine mesure, soit l'omission d'une précaution, soit la violation d'un règlement (1).

Le Tribunal de Vouziers (28 mars 1900), celui des Andelys (23 janvier 1900) déclare que la faute inexcusable visée par la loi est plus que la faute lourde, qu'elle équivaut à un véritable dol. Cette interprétation n'est généralement pas admise par les autres tribunaux. Ainsi que le dit le Tribunal de Narbonne (21 février 1900),

La faute inexcusable est l'équivalent de la faute lourde, puisque si elle était plus grave, elle se confondrait avec la faute intentionnelle (2).

Comme exemple de faute inexcusable, nous citerons un jugement du Tribunal de la Seine, 4e chambre, (15 juin 1903) :

Commet une faute inexcusable l'ouvrier fumiste, qui, sans motif d'urgence, et par pure complaisance, descend, sans s'entourer des précautions d'usage, dans une bouche de chaleur, et y est victime d'un accident mortel en voulant retirer une pièce de monnaie qui y était tombée (3).

L'influence de la faute lourde est intéressante à connaître pour le médecin : elle montre l'importance qu'il peut y avoir à déterminer, autant que la chose sera en son pouvoir et de son ressort, la vraie cause d'une lésion corporelle soumise à son examen, et des circonstances de l'accident. Deux cas nous paraissent spécialement devoir appeler son attention : nous voulons parler de l'ivresse et du défaut de soins immédiats.

---

(1) *Rev. jud. acc. trav.* 1901.

(2) *Rev. jud. acc. trav.* 1900.

(3) *Rec. spéc. des acc. du trav.* juill. 1903.

21. — La loi hollandaise considère l'*ivresse* comme une faute grave qui réduit de moitié l'indemnité à accorder à l'ouvrier. La loi française a laissé plus de latitude aux juges dans leur appréciation, mais presque tous les tribunaux ont appliqué ce principe.

Le fait de s'enivrer pendant le travail et de se livrer à des opérations dangereuses.... constitue la faute inexcusable, dit un jugement de Lille du 8 Février 1900.

L'ivresse manifeste de l'ouvrier pendant son travail constitue la faute inexcusable, disent à leur tour le Tribunal de la Seine (Arr. du 23 juin 1900, du 11 janvier 1902, confirmé par la Cour de Paris le 5 juillet 1902, la Cour d'Amiens, (février 1903); le Tribunal de Nantes, (25 juin, 26 juill. 1900).

Nous n'admettrons même pas que, dans certaines professions, l'ivresse est pour ainsi dire d'usage, et pour nous, le Tribunal de Bourg a bien jugé en disant :

Constitue une faute inexcusable, le fait pour un charretier de s'enivrer pendant son travail (Arr. du 3 avril 1903, *in*. Rec. spéc. accid. trav. janv. 1903.)

Tout au plus, dans certains cas rares, le juge pourra-t-il admettre qu'il y a eu absence complète d'intention de la part d'un ouvrier, qui, dans un travail très pénible, a absorbé une quantité trop grande de boissons alcooliques, par surprise, pour ainsi dire, et sans que sa volonté soit pleine et entière.

Si l'ivresse doit être considérée comme une faute inexcusable, nous ne croyons pas qu'on puisse lui assimiler l'alcoolisme habituel. Nous verrons, dans une autre partie, l'influence désastreuse de l'intoxication chronique par l'alcool sur les traumatismes, et nous discuterons à ce propos la responsabilité patronale, mais, nous croyons que le défaut d'influence directe sur l'accident lui-même ou ses suites immédiates rend inapplicable ici l'article 20. C'est l'avis de la Cour d'Orléans (Arrêt du 8 décembre 1900) confirmant un jugement rendu par le Tribunal de la même ville (1).

(1) *Rev. jud. acc. travail*, janvier 1901.

22. — Tous les médecins savent la fâcheuse influence qu'exerce sur les blessures le défaut de *soins immédiats*. Telle blessure insignifiante qui eût guérie en 48 heures si elle avait été pansée immédiatement, qui peut-être même n'eût entraîné aucune incapacité de travail, s'infectera, exposée à toutes les poussières de l'atelier ou de la rue et pourra être le point de départ d'accidents graves, voire même mortels. Nous pensons que l'ouvrier qui néglige de déclarer un accident à son patron ou chef d'atelier, qui ne se montre pas dans le plus bref délai au médecin, commet une faute inexcusable; nous estimons de même que le patron à qui est déclaré un accident même léger commet une faute inexcusable s'il engage son ouvrier à reprendre son travail avant d'être pansé et d'avoir pris l'avis d'un homme de l'art.

Pour cela d'ailleurs, il faut que l'ouvrier connaisse parfaitement les risques auxquels il s'expose, en négligeant les premiers soins si indispensables. Aussi, voudrions-nous voir affichées dans chaque atelier, en différents endroits bien apparents, des instructions sur la conduite à tenir en cas d'accident; en quelques mots, l'ouvrier serait instruit du danger qu'il y a pour lui à ne pas déclarer la lésion lui paraissant la plus minime, et de la déchéance qu'on pourrait invoquer contre lui, en cas d'inobservation de ces enseignements; nous voudrions voir reproduire une courte notice dans le livret de chaque ouvrier pour qu'il ne puisse arguer de son ignorance.

CHAPITRE II

Les limites de la loi du 9 avril 1898

I

Les maladies professionnelles

Distinction entre accidents et maladies professionnelles. — Intérêt pour le médecin de connaître celles-ci. — Principe de la distinction. — Division des maladies professionnelles. — Affections dues aux produits manipulés : intoxications, maladies infectieuses, nosoconioses. — Affections dues aux conditions du travail : travail devant les feux, travail à l'humidité, travail dans l'air comprimé, travail dans le bruit. — Lésions dues à l'attitude et aux mouvements professionnels; durillon forcé et hygroma suppuré. — Conclusion.

23. — Les lois sur les accidents de travail ont laissé de côté les accidents dus à des maladies professionnelles. C'est ce qui ressort très clairement du texte promulgué qui n'emploie jamais que le mot accident. Les circulaires des différents ministres et en particulier celle de M. Lebret, ministre de la Justice, en date du 19 juin 1899 sont parfaitement explicites à cet égard :

> La loi ne s'applique pas aux maladies professionnelles provenant d'une cause lente et durable, telle que l'air vicié des locaux où s'effectue le travail, la manipulation des substances vénéneuses, l'absorption des poussières nuisibles à la santé.

Aucun commentateur, d'ailleurs, n'a tenté de ranger les maladies professionnelles parmi les faits susceptibles de

réparation conformément à la loi de 1898, et plusieurs jugements ont bien décidé, en principe, la profonde différence qui existe entre un accident et une maladie professionnelle. La France n'a fait que suivre en cela l'exemple que lui donnaient les autres nations : aucune n'a admis la confusion du risque *accident*, et du risque *maladie professionnelle.*

24. — Cependant, il est important pour le médecin de connaître les maladies professionnelles ; cette connaissance lui servira souvent pour éviter de prendre telle affection due à l'exercice normal d'un métier pour le résultat d'un accident ; de plus, les complications qui suivent certains accidents doivent, souvent, pour une bonne part, être mises sur le compte de la profession. Enfin, la connaissance de certaines infirmités professionnelles pourra permettre parfois de mieux apprécier le dommage causé par un accident.

25. — Cette étude ne sera pas vaine, car il peut souvent y avoir une certaine incertitude sur le groupe dans lequel on doit ranger un fait donné, et la distinction qui en théorie paraît si facile est parfois difficile en pratique entre l'accident et la maladie. Sur quoi se baser pour l'établir ? Sera-ce sur l'évolution lente, continue de la maladie professionnelle opposée à la brusquerie, à la soudaineté des accidents ? Mais, nous verrons que certaines intoxications peuvent se révéler parfois d'une manière aiguë, alors qu'elles sont pourtant le résultat d'une imprégnation lente de l'organisme. Et si cette imprégnation a mis des mois à se produire, on peut pourtant dire que la maladie est d'éclosion subite. La Cour de Nancy, dans un arrêt du 16 février 1901, confirmé par la Cour de Cassation le 23 juillet 1902, disait qu'on ne peut assigner « aux maladies professionnelles une origine et une date déterminées». Mais, si on peut à tous les accidents assigner cette date précise, la réciproque n'est pas vraie. A notre avis, ce qui caractérise la maladie professionnelle, c'est qu'elle est le résultat de causes inhérentes à l'exercice *normal et habituel* de la profession dans un milieu de

production donné, et nous voyons donc la maladie en opposition formelle avec l'accident, fait *anormal*. C'est bien le sens qui a toujours prévalu dans le langage courant, et à défaut d'une intention formellement exprimée par le législateur, nous n'avons pas le droit de penser qu'il a entendu détourner les mots de leur signification ordinaire.

Prenons un exemple : le chauffeur d'un navire s'expose au froid pendant son travail ; une pneumonie se déclare ; il n'aura pas idée de dire qu'il a eu un accident, et pourtant le début de la pneumonie a une date soudaine, bien précise, mais elle s'est produite à l'occasion d'un acte habituel pendant le travail. Au contraire, en vidant les escarbilles, le même chauffeur tombe à la mer et ce refroidissement provoque une pneumonie : ici nous trouvons le fait anormal, constitutif de l'accident.

Nous insistons sur cette distinction, car elle est de la plus haute importance, et pour l'ouvrier, et pour le patron. Si celui-ci est toujours tenu de réparer en partie le préjudice causé par l'accident du travail, si, au contraire, l'ouvrier n'a pas toujours droit, dans notre législation actuelle, à la réparation de la maladie professionnelle, dans certains cas, et nous aurons occasion d'en signaler au courant de cette étude, nous estimons que la responsabilité du patron est engagée complètement vis-à-vis de son employé, et qu'il lui doit non pas la réparation prévue par la loi de 1898, mais une réparation pleine et entière basée sur l'interprétation des articles 1382, 1383 du Code Civil, ainsi conçus :

Art. 1382. — Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer.

Art. 1383. — Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.

26. — Nous n'avons pas l'intention de faire un exposé complet de toutes les maladies professionnelles. Une simple énumération dépasserait même le cadre de notre travail.

mais nous nous attacherons à mentionner les plus intéressantes, et surtout à discuter celles qui peuvent davantage prêter à controverse. Nous nous aiderons du remarquable travail de M. Layet, dans l'Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique de Rochard. Cet ouvrage est tout entier à lire par ceux qui s'intéressent à la question de l'hygiène ouvrière dans son sens le plus large. Nous rangerons les maladies professionnelles en deux classes, selon qu'elles proviennent : 1° de l'action exercée par les produits manufacturés ; 2° des conditions du travail lui-même. C'est, à peu de choses près, la division de M. Layet.

A) AFFECTIONS DUES A L'ACTION DES PRODUITS MANUFACTURÉS.

1° Intoxications

27. — Le premier groupe de ces affections est formé par les intoxications. Celles-ci constituent pour ainsi dire le type des maladies professionnelles, et elles nous fourniront de bons exemples de la distinction entre maladies et accidents.

Le *Saturnisme* est une des intoxications les plus fréquentes. Layet a dressé un tableau des professions qui y sont exposées. Cette énumération ne comprend pas moins de 111 corps d'état. C'est dire combien on devra rechercher avec soin les traces de l'intoxication par le plomb chez les blessés du travail; on connait assez les modifications de la santé chez les saturnins pour prévoir que le pronostic pourra être singulièrement assombri si l'intoxication est profonde. — Les troubles du saturnisme peuvent éclater d'une façon aiguë; cependant, nous ne croyons pas qu'il se soit jamais élevé de discussion sur la détermination de leur vrai caractère : que le début brusque se fasse par une colique ou par des attaques épileptiformes, il n'en est pas moins seulement la première manifestation extérieure d'une

lente imprégnation de l'organisme, et il n'y a pas de difficulté à le séparer des accidents proprement dits.

28. — Les professions où l'on emploie le *mercure* sont moins nombreuses que celles où l'on manie les composés plombiques; nous avons exactement les mêmes remarques à faire sur l'intoxication hydrargyrique que sur l'intoxication saturnine. Ainsi que pour l'*arsenic*, que pour le *phosphore*, le *cuivre*, il s'agit le plus souvent, d'une évolution chronique qu'il est impossible de confondre avec les accidents du travail. Un point intéressant, c'est que ces différentes intoxications portent souvent leur action sur le système nerveux central, et déterminent des troubles particuliers que l'on pourrait facilement mettre sur le compte d'une névrose traumatique, dans le cas où il y aurait production d'un accident. Il sera même souvent malaisé de faire la part entre ce dernier et l'intoxication chronique.

L'oxyde de carbone produit dans bon nombre de professions un empoisonnement lent, mais il peut donner lieu à de véritables accidents. On sait qu'il se trouve en grande proportion dans le gaz d'éclairage, et que c'est à lui qu'on doit surtout attribuer les troubles causés par ce dernier. La rupture d'un tuyau, l'ouverture accidentelle d'un robinet donnant issue à une grande quantité de gaz peuvent donner lieu à des faits d'intoxication aigus; il y aura là un accident du travail, non à cause de la soudaineté des symptômes, nous le répétons une fois de plus, mais par ce qu'il y aura eu *fait anormal*.

29. — De même, à côté de l'empoisonnement lent par des *composés hydro-carbonés :* benzine, pétrole, nitro-benzine, goudron, essences odorantes, alcools, on assiste parfois à des accidents aigus qui méritent d'appeler l'attention. Nous empruntons quelques exemples à M. Layet. Les ouvriers exposés aux dégagements des vapeurs de benzine ou de nitrobenzine peuvent être soudainement pris de vertiges avec symptômes plus ou moins graves, plus ou moins passagers,

prédominant surtout du côté du système nerveux. Ces troubles ne diffèrent pas au surplus de ceux que l'on peut observer dans l'intoxication chronique. Allons-nous les classer parmi les accidents du travail? Nous nous y refusons absolument; alors même que l'ouvrier pénétrerait pour la première fois dans le milieu intoxiqué, alors même, et les faits peuvent se passer ainsi, que les troubles éclateraient dans les quelques minutes qui suivraient la mise au travail, que l'événement aurait donc cette soudaineté dont on a voulu faire la caractéristique de l'accident, nous ne pouvons admettre qu'il y ait lieu d'appliquer la loi de 1898. Ne serait-il pas même profondément illogique de faire dépendre de la question de durée le caractère d'un fait d'intoxication et de classer le même trouble de la santé dans la catégorie *accidents*, s'il a mis quelques instants à se produire, dans la catégorie *maladies professionnelles*, s'il a fallu plusieurs jours pour lui donner naissance, toutes les circonstances extérieures restant les mêmes. L'objection même qu'on peut tirer de ce que l'accident aigu que nous avons pris pour exemple est bien attribuable avec certitude à une entreprise déterminée, n'a pas de valeur, car un ouvrier peut n'avoir jamais travaillé que dans le même atelier, et pourtant, à tort ou à raison, sa maladie professionnelle chronique ne lui donne pas droit à un dédommagement. Prenons, au contraire, ce fait cité par LAYET : un ouvrier qui pénètre imprudemment dans un réservoir à pétrole avant que, par une ventilation énergique, toute odeur ait disparue, est exposé à une asphyxie subite. Ici, nous trouvons le fait anormal, constitué par la ventilation insuffisante, par la présence de vapeurs de pétrole en plus grande quantité que d'habitude; donc il y a accident, accident causé peut-être en partie par la faute plus ou moins lourde de l'ouvrier ou du patron, mais accident non douteux.

En voici un autre exemple, toujours d'après LAYET, emprunté à *l'anilisme* : il s'agit d'un ouvrier resté une demi-heure dans une chaudière renfermant plusieurs quintaux d'aniline. Il peut encore y avoir faute lourde inexcusable de

la part de l'ouvrier, ou de celle du patron, si la chose s'est passée par l'ordre de celui-ci ou sans opposition de sa part, mais, nous trouvons encore le fait anormal qui est d'être resté plus longtemps que le travail habituel ne le comportait, exposé aux risques des vapeurs mortelles.

30. — Layet cite également un fait emprunté à Davanne, relatif à l'empoisonnement par les composés *cyaniques*. Il s'agit d'une intoxication provoquée chez un photographe par un petit fragment de cyanure de potassium glissé sous l'ongle d'un des doigts tandis qu'il se frottait les mains avec un gros morceau de cette substance pour faire disparaître des taches de nitrate d'argent. Ici encore, il y a accident par ce qu'il y a fait anormal : introduction sous l'ongle d'un morceau de la substance toxique (1).

Le chlore et ses composés, les vapeurs nitreuses, l'ammoniaque peuvent donner lieu à des troubles de la santé, qui sont tantôt des accidents, tantôt des maladies professionnelles. Dans les professions exposées à respirer le chlore, on devra se rappeler que celui-ci produit souvent des hémoptysies ; chez les ouvriers qui respirent l'ammoniaque, on peut observer des conjonctivites à formes graves.

31. — Les *Méphitismes*: Méphitismes à acide carbonique des brasseries, distilleries, papeteries, celliers, fours à chaux, puits et puisarts, caves et caveaux, etc ; méphitismes à oxyde de carbone des carrières en exploitation, des locaux incendiés, etc ; méphitismes à hydrogène sulfuré, méphitismes à cause complexe des égouts et fosses d'aisances, sont la cause d'empoisonnements aigus rentrant le plus souvent dans la classe des accidents dont ils ont les caractères : fait anormal et soudaineté. Dans certains cas, cependant, il n'en est

---

(1) Nous examinons ici la distinction entre accident et maladie professionnelle sans nous préoccuper de la condition d'industrie soumise ou non à la loi.

pas ainsi. Par exemple, l'asphyxie pendant le sommeil des travailleurs endormis dans un cellier n'est pas un accident, car, il n'y a là qu'un fait normal prévu : l'accumulation de l'acide carbonique dégagé dans les parties les plus basses de l'atmosphère.

2° *Maladies Infectieuses.*

32. — Parmi les maladies infectieuses que peuvent déterminer les produits manipulés par les ouvriers, une des plus répandues est, à coup sûr, le *charbon*, qu'on observe dans tous les corps d'état se trouvant en contact avec des animaux ou des produits animaux. Toutes les fois qu'un vrai traumatisme sera venu frapper l'individu pendant son travail, et, véhicule du germe microbien, l'aura ainsi inoculé, nous dirons qu'il y a accident. Chaque fois que nous aurons affaire à une éclosion pour ainsi dire spontanée, que la porte d'entrée ne pourra être mise en évidence, nous ne pourrons conclure à un accident, mais, nous ne pourrons pas davantage dire qu'il y a eu maladie professionnelle. Ici, ce qui empêche d'admettre la maladie comme accident de travail, c'est non seulement la non existence du fait normal, mais encore l'absence de certitude sur l'origine. C'est là l'opinion de Ferrette et Laval, celle de Bernacchi, cité par ces auteurs ; alors même qu'il y aurait la plus grande probabilité que la contagion ait eu lieu pendant le travail, cette probabilité ne suffit pas, car l'ouvrier a pu se contaminer ailleurs. C'est ainsi qu'a jugé la Cour d'appel de Rennes (13 janvier 1902), confirmant un arrêt du tribunal de la même ville (8 mars 1901) :

« Attendu que la demande de la veuve B. ne pourrait être accueillie que s'il était nettement établi que la piqûre ou la lésion qui a déterminé l'inoculation a eu lieu par le fait ou à l'occasion du travail dont B. était chargé à la tannerie ; que cette preuve n'est pas rapportée et ne saurait l'être dans l'espèce ;

« Attendu que, s'il est vrai que les ouvriers tanneurs.... sont plus particulièrement exposés aux atteintes du bacille du charbon et s'il

est établi qu'un autre ouvrier travaillant dans le même atelier que B. a été également atteint vers la même époque de pustule maligne, il n'est pas impossible d'admettre que le fait générateur de l'inoculation a pu se produire en dehors de la tannerie et du travail auquel B. était occupé. »

Ce jugement est d'une logique admirable. Le charbon a bien été considéré comme le résultat d'un accident du travail par la Cour d'Orléans et cet arrêt a bien été confirmé par la Cour de Cassation, mais celle-ci n'a pas eu à examiner les circonstances de fait et son arrêt confirme absolument notre théorie en faisant rentrer dans les faits visés par la loi les affections pathologiques accidentelles « qui prennent leur origine et leur cause dans UN FAIT DÉTERMINÉ NE RENTRANT PAS DANS LES CONDITIONS NORMALES DE L'EXERCICE DU TRAVAIL. » (3 nov. 1903.)

Tout est donc ici une *question de faits*. Si l'inoculation pendant le travail ou à l'occasion du travail n'est pas douteuse, il y a bien eu accident et la loi doit être appliquée. Nous admettons même qu'on puisse faire rétrospectivement la preuve de l'accident; ainsi les ouvrières en crins sont exposées au charbon et, souvent, on peut retrouver, au niveau de la pustule maligne, le morceau de crin dont l'introduction a causé la maladie; cette découverte montre bien le fait anormal arrivé pendant le travail et détermine donc l'application de la loi de 1898.

La *variole* des chiffoniers, la *morve* ne nous semblent pas, pour les mêmes raisons que nous avons déjà développées, devoir être rangées parmi les accidents. Nous en dirons autant de toutes les maladies infectieuses relevées en certaines professions plus particulièrement exposées : préposé à la désinfection des locaux, garçon de laboratoire, etc.. Nous emprunterons à cette dernière profession non visée par la loi de 1898, d'ailleurs, un exemple qui nous semble bien montrer la différence entre l'accident et la maladie : le garçon d'un laboratoire de bactériologie qui manie à chaque instant des germes de fièvre typhoïde, peut ne pas prendre des précautions suffisantes pour la désinfection de ses mains, et la

fièvre typhoïde qui évoluera chez lui sera bien souvent une affection professionnelle? mais, au cas contraire, en transvasant un bouillon de culture avec une pipette, s'il absorbe une partie de cette culture par inadvertance, l'accident sera constitué par ce fait anormal, et si la dothienentérie évolue dans le laps de temps ordinaire de l'inoculation du bacille d'Eberth, elle devra vraiment être considérée comme la suite d'un accident du travail.

La syphilis des verriers, par son importance, mérite une étude spéciale que nous ferons plus loin.

3° Nosoconioses

33. — Les *nosoconioses* sont les affections professionnelles causées par les poussières minérales, végétales, organiques ou organisées. Le nombre des professions qui y sont exposées est énorme, et nous n'en tenterons même pas une sèche nomenclature. Les nosoconioses ont pour caractère d'évoluer chroniquement, de ne produire qu'à la longue leurs effets dangereux ; par là, elles sont nettement séparées des accidents avec lesquels, d'ailleurs, une confusion ne peut se faire que bien rarement. On les distingue en différentes classes selon les organes affectés.

a) Les *dermatoconioses* qui se localisent en certains points où des particularités anatomiques (plis de la peau, poils), la forme des vêtements (jarretières), etc, retiennent davantage les poussières, peuvent accidentellement s'infecter. En fait, elles ne prêtent presque jamais à discussion.

b) On range généralement dans les *pneumoconioses* les seules lésions chroniques des poumons causées par l'introduction de poussières dans le poumon, quelle que soit l'origine des poussières (sidérose, chalicose, anthracose, byssinose) Elles sont intéressantes à connaître, car, fait remarquer Rémy, elles peuvent beaucoup aggraver le pronostic de certains traumatismes en prenant sous leur

action une marche des plus fâcheuses. On doit en rapprocher les *pneumonies à scories*, pneumonies graves qui se montrent chez les ouvriers employés à la pulvérisation des scories provenant de la déphosphorisation de l'acier. Les poussières provenant de ces scories sont particulièrement riches en chaux et acide phosphorique, et semblent agir, non seulement comme agents mécaniques, mais aussi comme agents caustiques (1).

Les pneumonies déterminées par ces poussières ne semblent pas différer, sinon par leur gravité, des pneumonies banales ; en particulier, les micro-organismes en cause se sont constamment trouvés être le pneumocoque et le pneumobacille. Elles offrent cependant quelques particularités cliniques : début moins brusque, prostration intense, facies spécial, qui permettent de les distinguer. Ces affections ont été en Angleterre étudiées par BALLARD, à propos d'une épidémie de la ville de Middlesborough, et, en France, en particulier par l'un de nous, l'un des experts nommés dans une affaire judiciaire qui fit certain bruit à l'époque (2).

Le jugement, rendu sous l'empire de la législation ancienne reconnait nettement la responsabilité du patron qui n'avait pas pris les précautions nécessaires pour préserver ses ouvriers. Nous croyons, qu'actuellement encore, les ouvriers atteints d'une maladie semblable ne pourraient invoquer la loi du 9 Avril 1898. Il s'agit bien là, en effet, d'une affection gagnée en effectuant un travail dans des conditions normalement dangereuses. Les poussières irritantes ont provoqué à l'intérieur des poumons des lésions qu'on peut comparer à celles observées sur la peau dans les cas de dermatites professionnelles ; ces lésions ont facilité l'infection par les agents ordinaires de la pneumonie, mais, en réalité, à aucun nstant, il n'y a eu un fait anormal, blessure soudaine

(1) GAUTRET. — *Les pneumonies à scories*. Thèse de Paris 1899.

(2) Cf. Rapp. MENIER, ADAM, ATTIMONT ; LAENNEC, ANDOUARD, OLLIVE, *in* Annales Hyg. et Médec. lég. 1893.

provoquant l'infection. Les pneumonies à scories sont pour nous, non des accidents du travail, mais des maladies professionnelles.

c) Les *entéroconioses*, ou altération des muqueuses du tube digestif dues aux poussières sont rares. Nous voyons surtout à signaler parmi elles, l'hématémèse des ouvriers porcelainiers, à cause de son début subit, qui pourrait la faire prendre pour le résultat d'un accident.

d) Les *ophthalmoconioses*, sont des blépharites, des conjonctivites, des kératites. Elles ne sont pas rares. La distinction entre la maladie professionnelle et l'accident pourra quelquefois être difficile, la même maladie pouvant être le résultat d'un accident ou maladie professionnelle. Par exemple, les conjonctivites sont fréquentes chez les ouvriers exposés aux poussières; elles constituent chez eux des maladies professionnelles, mais qu'un corps d'un certain volume entre dans l'œil, et l'irritation consécutive de la conjonctive devra bien être rattachée à un accident du travail.

B) Affections dues aux conditions du travail

1° *Travail devant les feux :*

34. — Outre les maladies *a frigore* auxquelles expose plus praticulièrement ce genre de travail, on a signalé chez les ouvriers fondeurs et forgerons le *lumbago*, la *sciatique*, et en général toutes les affections dites *rhumatismales*, la néphrite parenchymateuse (Layet), l'hypertrophie du cœur (Maisonneuve); certains troubles oculaires: myosis permanent, résultant du resserrement instinctif de l'iris pour laisser entrer une moins grande quantité de lumière, mydriase chez les vieux ouvriers due à l'affaiblissement de la vue et à une paralysie de l'accommodation, et, enfin, la cataracte, très fréquente chez les verriers.

2° *Travail à l'humidité.*

35. — Le travail à l'humidité engendre principalement des *dermatites*, surtout lorsque le liquide renferme des principes irritants, ou des matières fermentescibles : dermatites des teinturiers, des dégraisseurs, des peaussiers, gantiers, etc (rossignol, pigeonneau), des dévideuses de cocons de vers à soie, des amidonniers, des cuisiniers. Ces dermatites provoquent chez certains individus des fissures de la peau, des plaies qui peuvent être regardées par erreur comme le résultat d'un accident; ces érosions peuvent ouvrir la porte à des infections, provoquer des phlegmons, dont l'ouvrier pourrait faire remonter l'origine à un prétendu accident du travail. Il est inutile d'insister sur la suspicion en laquelle le médecin devra tenir de tels faits, lorsqu'il n'aura pas pu constater dès le premier jour la blessure originelle.

3° *Travail dans l'air comprimé :*

36. — Les conséquences du travail dans l'air comprimé ont été étudiées par plusieurs auteurs, et en particulier par Layet (1) et par Houdeville dans sa thèse récente (2). Ils sont souvent des accidents du travail proprement dits, dus à une décompression trop hâtive. Layet les décompose en accidents d'origine centrale : cérébraux, cérébelleux; à forme auriculaire, vertigineuse, syncopale, hémiplégique, aphasique, bulbaire, médullaire; et en accidents d'origine périphérique : myopathies, arthropathies. Les formes les plus graves sont les accidents bulbaires, parfois mortels, se montrant soudainement lorsque les précautions prescrites pour la décompression n'ont pas été prises. On peut voir des troubles se produire quelques heures après la décompression, même si celle-ci n'a pas été trop brusque.

---

(1) Loc. ite.

(2) Th. de Paris 1901-1902.

Houdeville qui s'est livré à une étude intéressante de ces faits, croit qu'on a tort d'incriminer la décompression plus ou moins brusque. Il met en cause une étiologie multiple : le froid, le travail dans l'humidité, l'alcoolisme, la durée du travail, le degré de pression sous lequel ce travail s'effectue. La plupart des cas tardifs ne sembleraient donc pas rentrer dans la catégorie des accidents. Cependant, il paraît résulter de la thèse d'Houdeville, qu'au Hâvre tout au moins, on les considère comme tels.

4° *Travail dans le bruit :*

37. — Le travail dans le bruit chez les forgerons, les tôliers, les serruriers, les tonneliers, les mécaniciens de chemins de fer engendre une surdité due souvent à l'otite scléreuse; on devra se le rappeler dans l'expertise des incapacités résultant d'accidents véritables.

5° *Lésions dues à l'attitude et aux mouvements professionnels :*

38. — La plupart des lésions appartenant à ce groupe se forment lentement, et ne peuvent donner lieu à des difficultés d'interprétation. L'influence de l'attitude professionnelle peut aller jusqu'à produire *des déformations du squelette*: portant en particulier sur la colonne vertébrale : cyphoses, lordoses, scolioses. Il peut être intéressant dans un cas donné de déterminer la part qui revient à l'exercice habituel de la profession.

Le médecin ne devra pas non plus ignorer les *subluxations professionnelles* (blanchisseurs, briquetiers, tuiliers, cordonniers, coupeurs d'habits, etc,) qu'il ne devra pas prendre pour le résultat d'un accident récent.

Les crampes, qui peuvent intéresser tous les muscles, s'observent dans nombre de professions, surtout chez les sujets prédisposés. Dans l'ouvrage de Layet, on trouvera des détails nombreux sur toutes ces affections.

39. — Les contusions répétées peuvent provoquer des lésions dont il paraît plus difficile de déterminer la vraie nature. Les *exostoses* seront facilement rapportés à leur vraie cause ; les *névrites* demandent un examen plus attentif, car elles peuvent être aussi bien le résultat d'une contusion unique que celui de contusions répétées. Les *ténosites chroniques*, les callosités de la main, les bourses séreuses professionnelles sont bien connues, et pas plus que la rétraction de l'aponévrose palmaire, ne seront rangées parmi les accidents, mais, s'il y a inflammation de ces différentes lésions, les difficultés commencent. Aussi, ces faits nous arrêteront quelques instants.

40. — Le *durillon de la main, l'hygroma* professionnel doivent être rapprochés ; tous deux ils sont dus à la pression répétée soit d'un outil, soit du corps lui-même : bourses séreuses prérotulienne des matelassiers, péronéenne des tailleurs d'habits, etc. Sous le durillon existe une petite bourse séreuse qui n'est autre chose qu'un petit hygroma. On comprend facilement comment le tissu cellulaire tiraillé, pressé, distendu, finit par laisser ses aréoles s'élargir. Peu à peu, se crée une cavité plus ou moins spacieuse, plus ou moins remplie d'un liquide secrété sous l'influence de l'irritation chronique. Que la moindre éraillure vienne ouvrir la porte à l'infection, (et nous parlons ici de l'érosion la plus insignifiante en apparence), et la purulence s'établit : on est en présence de l'*hygroma purulent*, du *durillon forcé*. A quel moment s'est faite cette infection ? On ne peut le dire, la plupart du temps, car il n'y a pas eu traumatisme à proprement parler, mais, plutôt une série de petits traumatismes. C'est bien là le type de l'affection professionnelle, et on peut s'étonner d'un arrêt rendu par le Juge de paix du 17e Arrondissement de Paris, le 22 Août 1900, déclarant que le durillon forcé est un accident du travail. GRANJUX (1), BUTRUILLE (2).

---

(1) *Bulletin méd*, 1901.

(2) Soc. centr. de méd. du Nord.

Jamin (1) se sont élevés avec force contre cette interprétation. La dénomination de durillon forcé, fait remarquer Granjux, prête peut-être à l'équivoque, en impliquant une idée de violence : il vaudrait mieux dire durillon infecté. Un des Attendus du jugement en question, montre pourtant l'origine de l'erreur du Juge de paix :

« Attendu, dit-il, que, dans l'espèce, au moment où l'ouvrier était à son travail, il a poussé soudain un cri de douleur. Une légère enflure a été immédiatement constatée sur la main, laquelle enflure s'est tellement aggravée le lendemain que P..... a dû renoncer à tout travail. »

Le juge a vu là l'événement soudain et anormal, caractéristique de l'accident, mais, en réalité, il n'y a pas eu à ce moment infection soudaine de la bourse séreuse par un traumatisme quelconque. Nous savons qu'un foyer où est développé déjà une légère inflammation, peut ne pas provoquer une douleur assez vive pour empêcher tout travail, et pourtant, un choc assez violent peut exaspérer tout à coup cette douleur. Ce qui a été soudain ici, c'est précisément l'exagération de la douleur, et l'enflure constatée immédiatement montre qu'il existait déjà une inflammation au niveau du durillon, inflammation amenée par l'introduction d'un germe infectieux à un moment indéterminé.

Le Juge de paix de Montereau (2) est au contraire dans le vrai en disant :

Attendu que le durillon forcé, comme le lumbago, le tour de reins., etc., peut être considéré comme accident du travail, mais à la condition de se produire accidentellement.

C'est dans le même sens que s'est décidée la cour de Nancy dans un arrêt du 16 févr. 1901, confirmé par la Cour de Cassation, le 23 juill. 1902 (3). Il s'agissait d'un hygroma

---

(1) Th. doctorat. Paris 1901-1902.

(2) Arr. du 30 mai 1903 in *Rec. spec. Acc. trav.* Juill. 1903.

(3) *Rev. jud. acc. trav. Sept. 1902.*

suppuré du genou qui, par suite de complications érysipèlateuses et articulaires, avait entraîné la mort. Le Tribunal de Nancy (5 Novembre 1900) avait admis la possibilité d'une piqûre, mais la Cour, se basant sur ce fait, que rien ne prouvait la réalité d'une infection accidentelle, mais, au contraire, qu'il s'agissait de « l'inflammation d'une bourse séreuse professionnelle, ayant été la cause initiale et déterminante de la mort, » débouta les héritiers de l'ouvrier de leur demande.

Nous dirons donc que l'inflammation d'une bourse séreuse professionnelle siégeant ou non sous un durillon peut bien être un accident du travail, mais à la condition que nous trouvions un fait anormal, net, précis, ayant déterminé l'infection.

40. — Que conclure de cette courte revue des maladies professionnelles ? Nous avons montré ce que nous croyons être l'interprétation la plus juste de la loi en nous plaçant sur le terrain médical. Il est certain que la législation actuelle aboutit à des contradictions fâcheuses. Avec FERRETTE et LAVAL qui empruntent eux-même la réflexion à KRECKE et BORRI, en Italie, nous pouvons nous demander s'il est juste, alors qu'on indemnise l'ouvrier atteint d'intoxication aiguë par rupture d'une conduite de gaz « de ne donner aucun dédommagement, à celui qui, lentement et progressivement, s'est intoxiqué par les exhalaisons continuelles de ce même gaz à travers une faible ouverture. » Cependant, il y a une différence capitale entre les accidents et les maladies professionnelles, c'est que la plupart de celles-ci ne se montrant qu'à la longue, il en résulterait si on indemnisait l'ouvrier, que le dernier patron supporterait la charge de la maladie, alors que l'ouvrier n'aurait peut-être travaillé chez lui qu'un temps fort court. Cette injustice pourrait avoir les conséquences les plus fâcheuses pour l'ouvrier. Arrivé à un certain âge, il ne pourrait plus trouver à s'employer, car les patrons ne se soucieraient pas de le prendre, alors qu'il serait, de par son âge et le temps qu'il aurait travaillé, en imminence d'inca-

pacité de travail, si on peut ainsi parler. Il est donc juste que la loi sur les accidents du travail, telle qu'elle a été conçue et promulguée, ne s'applique pas aux maladies professionnelles. Celles-ci méritent une législation particulière, et M. Vaillant nous semble avoir fait preuve de plus d'ardeur que de raisonnement lorsqu'il déposait à la Chambre, le 3 Juin 1901, un amendement dont la première partie était ainsi conçue : « Les maladies professionnelles sont comprises dans les accidents du travail et visées comme telles par la présente loi. » La seconde partie de l'amendement Vaillant portait : « La tuberculose de l'ouvrier et de l'employé est tenue pour maladie professionnelle. » Nous ne nous attarderons pas à discuter cette proposition. M. Mirman dont on connait la si grande compétence en la matière en fit spirituellement justice.

Il est de toute évidence qu'une loi visant les maladies professionnelles ne pourra atteindre que celles dont l'origine peut avec certitude être rapportée au travail de l'ouvrier. La tuberculose, dans l'étiologie de laquelle entrent de si nombreux facteurs, n'est pas de celles là

41. — La loi sur les maladies professionnelles devra tenir compte du rôle joué par la mauvaise hygiène de l'ouvrier, par sa négligence; on sait par exemple combien certaines intoxications sont favorisées par l'abus des boissons alcooliques, et par le manque de propreté. Faire supporter les maladies professionnelles, partie par le patron, partie par l'ouvrier, nous semblerait équitable. Le système allemand où fonctionne une caisse-maladie, ainsi alimentée, nous paraît le meilleur. Dans quelle proportion l'employeur et l'employé doivent-ils contribuer à alimenter cette caisse? dans quelle mesure convient-il de dégrever les patrons qui auront pris toutes les précautions destinées à sauvegarder leur personnel, ou de grever ceux dont les ateliers sont absolument insalubres? C'est ce qu'il appartient à de plus compétents que nous de décider. La question nous entraînerait trop loin et nous semble singulièrement complexe.

Mais, déjà, et sous l'empire de la législation actuelle, nous croyons, que, bien souvent, l'ouvrier aura un recours contre son patron. Le législateur a créé une loi d'exception pour les accidents proprement dits, faits patents, faciles à constater; le Code civil prévoit la réparation de tout dommage causé à autrui, et la preuve peut être faite par les moyens ordinaires. Nous en avons trouvé un exemple frappant dans le procès relatif aux pneumonies à scories. Nous avons cité plus haut, le fait d'ouvriers couchant dans un cellier et asphyxiés par l'oxyde de carbone : nous avons conclu à la non existence d'un accident : mais, le patron qui aurait ainsi fait coucher ses employés serait responsable du mal qui leur arrive par suite de son imprudence grave. Nous pourrions multiplier les exemples. Nous croyons par ce qui précède avoir suffisamment montré comment nous comprenons la responsabilité patronale dans ces différents cas.

II

LES CAS DE FORCE MAJEURE

Les cas de force majeure et la loi du 9 avril 1898. — L'aggravation du risque par le travail. — Insolation. — Coup de chaleur. — Coup de froid.

42. — C'est un principe général de droit que la responsabilité des cas de force majeure ne peut incomber à personne. Ils constituent un événement au-dessus de toutes les prévisions humaines. La loi dont nous nous occupons n'a pas cru devoir affirmer à nouveau ce principe, mais, les circulaires ministérielles qui l'ont commentée sont explicites. M. Lebret, Garde des Sceaux, dans sa circulaire du 10 juin 1899, disait :

Il y a lieu de faire une distinction entre les cas de force majeure et les cas fortuits. L'événement de force majeure est étranger à l'exploitation ; on peut citer comme exemples, la foudre, l'inondation, le tremblement de terre. Le dommage qui en résulte ne paraît pas

garanti par le risque professionnel, à moins que les effets de force majeure n'aient été aggravés, pour les ouvriers ou employés, par l'exercice de l'industrie dans laquelle ils sont occupés.

Nous nous sommes assez longuement étendus sur les maladies professionnelles, car c'est presque exclusivement le rôle du médecin de déterminer la limite entre la maladie et l'accident. Nous serons au contraire fort brefs sur les cas de force majeure, car il est du ressort du juge de fixer le moment où commence la responsabilité patronale

43. — La circulaire de M. Lebret nous paraît bien résumer la question. En principe, il y a donc exclusion du risque résultant d'un événement naturel, mais, certaines circonstances peuvent augmenter notablement ce risque, ou même, le faire apparaître.

M. Rémy, dans ses *Leçons de Chirurgie et de médecine légale sur les accidents du travail*, laisse de côté *l'inondation* et le *tremblement de terre,* dont les dangers ne lui paraissent pas spécialement augmentés par un travail quelconque. Cependant, si une usine se trouve sur le bord d'un torrent, et que la crue soudaine de ce cours d'eau la détruise, à l'exclusion des autres maisons environnantes, on peut dire que, si la cause de l'accident n'est pas dans le travail, cependant, l'accident n'a frappé l'ouvrier qu'à l'occasion du travail et on devrait peut-être admettre l'application de la loi de 1898.

L'ouvrier qui, dans un *ouragan*, est tué par la chute d'une cheminée d'usine, nous semble protégé par la même loi, à moins que la tempête n'ait complètement ravagé l'agglomération dont fait partie cette usine. Un arrêt du Tribunal de Nantes (7 mai 1900) est cependant contraire à cette théorie. De même la Cour de Toulouse (11 juin 1903) a débouté la veuve d'un ouvrier qui, chargeant du sable sur le Tarn, avait vu sa barque submergée par suite d'un ouragan, et s'était noyé. Le travail avait pourtant fortement aggravé le risque, mais la Cour admit que les forces de la nature doivent, en partie au moins, avoir été mises en mouvement par le travail lui-même

ou avoir vu leurs effets aggravés par lui. Chaque cas particulier d'ailleurs appelle sa solution propre suivant les circonstances.

La *fulguration* est un accident qui menace au moment d'un orage tous les individus se trouvant dans le rayon de ce phénomène atmosphérique. Cependant, certains travaux sur un lieu élevé, dans une forêt, au milieu de pièces métalliques, peuvent aggraver le danger de telle sorte qu'un ouvrier frappé par la foudre devra être considéré par le Juge comme la victime d'un véritable accident du travail

44. — Mais, les événements résultant des forces naturelles qui ont causé par leur fréquence le plus de contestations, sont : *l'insolation*, *le coup de chaleur*, dont nous rapprocherons le *coup de froid*; aussi nous retiendront ils quelques instants.

Certains auteurs font une différence entre l'insolation et le coup de chaleur. Le *coup de chaleur* est, d'après Moussoir. (*Arch. méd. nav.* Janv 1900) le résultat de l'action pendant un temps suffisamment prolongé d'une température supérieure à 40° agissant sur toute la surface du corps. L'*insolation* est due à l'action sur le *crâne* d'une radiation solaire suffisamment intense, pendant un temps qui n'a pas besoin d'être prolongé En fait, le coup de chaleur et l'insolation sont la plupart du temps confondus sous la dernière dénomination. Les températures indiquées par Moussoir ne semblent pas nécessaires, et on a pu voir l'insolation se produire par un temps lourd et humide, alors que le thermomètre ne marquait que 25 à 30 degrés. Il est intéressant aussi de noter que les troubles de la santé peuvent éclater au repos, alors que le patient est depuis plusieurs heures à l'abri des températures élevées. Les accidents ne diffèrent pas notablement, qu'ils soient dus à la chaleur solaire ou à un foyer rayonnant quelconque; nous n'insisterons pas sur leur pathogénie. Ils peuvent être bénins, ou au contraire graves entraînant après eux des paralysies, des troubles mentaux, des états neurasthéniques, des lésions des centres

nerveux persistant parfois pendant longtemps, ainsi que nous l'avons observé dans un cas où une monoplégie brachiale, suite d'un coup de chaleur, ne se modifia que très lentement, et au bout de plusieurs années. Souvent la mort rapide est la suite de l'insolation (dans plus de 50 0/0 des cas, d'après Hill, Swift.)

Lorsque le coup de chaleur est arrivé chez un ouvrier par l'élévation brusque de température résultant du foyer devant lequel il travaille, il n'y a pas de difficulté : il y a bien production d'une température excessive, *anormale*, donc, accident du travail.

Les cas qui prêtent à difficulté sont ceux rangés sous le nom d'insolation, où la chaleur solaire est seule en cause dans l'élévation de la température. La jurisprudence est divisée dans la façon d'interpréter ces faits. Certains Tribunaux déclarent nettement que l'insolation n'est pas un accident du travail, car elle résulte de circonstances qui lui sont étrangères. (Trib. Bayonne, 20 mars 1900; Trib. Rennes, 23 mars 1900; Trib. Bordeaux, 3 déc. 1900; Trib. Lyon, 3 mai 1901; Cour Paris, 24 janvier 1902; Cour Bordeaux, 30 avril 1901; Cour Limoges, 3 juin 1901). D'autres jugements, au contraire, admettent que l'insolation constitue un accident du travail (Trib. Seine, 11 mars 1901; Cour Paris, 5 juill. 1901 et 6 déc. 1901; Cour d'Angers, 5 mai 1900; Trib. de Versailles, 20 déc. 1900 (1). Les Tribunaux qui ont admis la responsabilité patronale ont presque tous jugé non en principe, mais en fait; pour eux, l'insolation est un accident du travail, si, de l'occupation de l'ouvrier, résulte une aggravation notable du risque. Il en est ainsi, par exemple, pour le charretier qui conduit sa voiture sur une route ensoleillée, pour le ravaleur suspendu au contact d'un mur qui s'échauffe progressivement et emmagasine la chaleur, pour le couvreur monté sur un toit métallique. L'interprétation de la plupart des auteurs français et

(1) *Recueil spécial acc. du trav., passim.*

étrangers est aussi dans ce sens, et elle semble équitable. On pourrait lui objecter cependant que, dans tous les cas, le travail a été l'occasion de l'insolation, puisque, seul il a forcé l'ouvrier à sortir de sa maison où il était presque sûrement à l'abri du danger (1).

Nous sortirions de nos attributions en discutant plus avant cette question; c'est au juge qu'il appartient de la trancher, à lui aussi de déterminer dans quelles conditions on doit admettre la faute lourde du patron, qui, en pleine chaleur, expose ses ouvriers à l'ardeur du soleil. A nous, médecins, il appartient seulement de signaler dans quelles circonstances peut s'observer le coup de chaleur, et quelles en sont les causes aggravantes. En dehors du travail, de la réunion en masse qui empêche la circulation de l'air et contribue à l'échauffement progressif, nous appellerons l'attention sur un point bien connu de tous les médecins militaires. C'est la facilité avec laquelle se produisent les troubles de l'insolation chez les individus ayant fait abus de boissons alcooliques, et la gravité qu'ils prennent souvent dans ce cas. Il sera donc intéressant de déterminer par les moyens qu'on aura à sa disposition : témoignages, examen des vomissements, odeur de l'haleine, si le malade avait aggravé le risque par sa faute. De plus, Kelsch a montré que souvent l'insolation ne prenait une certaine gravité qu'en raison des tares organiques antérieures dont était porteur le patient : adhérences pleurales, insuffisance rénale, lésions cardiaques, etc.

45. — S'il y a souvent lieu d'incriminer un manquement grave à l'hygiène dans le coup de chaleur, le fait est encore plus fréquent dans le *coup de froid* qui se produit rapidement sur un individu sortant d'un lieu chaud lorsque la température extérieure est très basse. Ici encore l'influence de la

(1) On a cependant parfois signalé des insolations chez les individus enfermés dans des habitations.

boisson absorbée et des tares antérieures est presque toujours capitale.

Le froid peut borner ses effets à une action isolée sur une partie de l'organisme, et alors, il y aura *congélation*. Tout ce que nous avons dit de l'action des autres agents naturels s'applique ici. Ainsi, l'Office impérial allemand a admis comme accident du travail, le fait d'un garde-chasse qui, obligé de rester longtemps immobile, par un froid excessif, avait eu le pied gauche congelé (Becker). Par contre, un arrêt du tribunal de Lure (17 décembre 1902), confirmé par la Cour de Besançon (20 mars 1903), a refusé avec raison de voir un accident du travail dans le fait d'avoir eu les mains congelées en transportant des blocs de glace.

En résumé, le médecin devra avoir présent à l'esprit que, le plus souvent, ce qui guidera l'interprétation du juge dans l'appréciation des cas dûs à la force majeure, ce seront les circonstances du fait. Il devra donc, autant qu'il sera en son pouvoir et de sa compétence, fournir tous les renseignements susceptibles d'éclairer le magistrat sur la résistance de l'ouvrier sinistré, et les effets qu'aurait produits l'accident sur un homme sain.

CHAPITRE III

Étude de quelques faits d'interprétation difficile.

Sous ce titre, nous étudierons un certain nombre de faits dont la nature accidentelle peut paraître douteuse ou discutable. Nous nous efforcerons de déterminer dans quels cas il convient de les regarder comme des accidents, et quand, au contraire, on ne pourra admettre cette étiologie.

1° Les hernies abdominales.

Classification des hernies. — Hernies orificielles et hernies cicatricielles. — Jurisprudence : diverses solutions admises. — Hernies de faiblesse; hernies congénitales. — Hernies de force; leurs caractères. — Arrêts divers. — Cas nombreux attribués à tort à un effort. — Raisons de cette erreur. — Diagnostic et expertise. — Schéma pour servir à l'examen d'un hernieux. — Hernies inguinale, crurale, ombilicale, adombilicale, épigastrique, diaphragmatique, obturatrice, lombaire, ischiatique. — Etranglement herniaire. — Torsion de l'épiploon. — Rein mobile, néphroptose. — Foie mobile, hépatoptose. — Rate mobile, splénoptose. — Prolapsus de l'utérus.

46. — On désigne d'une façon générale sous le nom de hernie, l'issue d'un organe hors de la cavité le contenant normalement.

Les hernies abdominales, les plus fréquentes de toutes, sont constituées par la sortie d'une portion d'intestin hors de la cavité de l'abdomen, et sa saillie sous les téguments. Elles se font, le plus souvent, au niveau des points faibles de la

paroi et tirent ordinairement leur nom de l'orifice qui leur donne issue : *hernie inguinale, hernie crurale, hernie ombilicale, hernie obturatrice, hernie ischiatique*, ou de la région où on les observe : *hernie de la ligne blanche, hernie lombaire.* Quelques-unes de ces variétés sont des raretés, mais le praticien et surtout le médecin légiste, ne doivent pas en ignorer l'existence. Nous indiquerons sommairement les particularités qui les distinguent, et les conséquences médico-légales qu'on doit en tirer.

En dehors de ces hernies où le peu de résistance des parois indique, pour ainsi dire, le chemin aux viscères abdominaux, il en est d'autres qui se font en des points où, normalement, les parois ne présentent aucun orifice, aucune faiblesse. C'est ainsi qu'on peut voir se former une hernie au niveau d'une cicatrice accidentelle ou opératoire intéressant les muscles; au niveau d'une rupture musculaire produite, soit par un trauma direct, et pouvant siéger alors sur un point quelconque, soit par un effort et alors intéressant le plus souvent la sangle des muscles droits.

47. — Ces deux cas ne prètent pas à discussion, mais ils constituent de beaucoup la catégorie la moins nombreuse. A côté d'eux se place toute la série des faits où la hernie a ou semble avoir apparu brusquement, ou, au contraire, s'est manifestée plus ou moins lentement.

Il est peu de questions à avoir soulevé autant de controverses que l'étiologie des hernies. Cette question a pris un intérêt très grand, depuis la promulgation des lois sur les accidents du travail. Les anciennes polices d'assurances excluaient les hernies des infirmités donnant droit à réparation. Mais la loi de 1898 laisse au Juge le soin d'apprécier dans quel cas une indemnité peut être due à un ouvrier, et toute stipulation entre patron et employé serait nulle, qui tendrait à supprimer les hernies du cadre des accidents.

48. — Certains tribunaux cependant se sont nettement prononcés contre l'admission des hernies dans la catégorie des

accidents du travail. C'est ainsi que nous relevons un arrêt de la Cour de Limoges, du 27 Février 1901, déclarant que :

La hernie ne constitue pas un accident du travail donnant droit à une indemnité au profit de l'ouvrier qui en est atteint (1).

Cette opinion radicale n'a pas été adoptée généralement et, le plus souvent, les juges ont admis l'ouvrier à faire la preuve que l'affection était survenue « par le fait ou à l'occasion du travail » (Tribunal d'Avignon, 28 Déc. 1899. — Cour de Nîmes, 7 Mars 1900), et ont cru qu'il y avait lieu de recourir à une expertise médicale (Tribunal de la Seine, 10 Décembre 1900). Cette solution semble de beaucoup la plus juste, chaque cas particulier demandant un examen spécial.

Les divergences qui ont pu se produire sont dues à la contradiction entre l'idée généralement admise dans le public non médical que toute hernie est fonction d'effort, et celle exprimée par certains chirurgiens : Blasius, Krönlein, Kingdon, etc.. : la hernie n'est pas un accident, mais une maladie.

Il semble bien que la vérité est entre ces deux extrêmes. Le médecin expert doit déterminer dans quelle catégorie ranger un cas donné. Nous allons essayer de tracer les règles qui doivent présider à la discussion, ayant surtout en vue les hernies inguinales, de beaucoup les plus fréquentes.

49. — On s'est demandé si le mésentère normal ne s'opposait pas toujours à la descente d'une anse intestinale à travers l'orifice inguinal. Les recherches de Jaboulay, de Berger, etc.. ont prouvé qu'il n'en était rien ; la hernie peut se produire même avec un mésentère de longeur normale ; la modification à noter est plutôt une anomalie dans le point d'attache du mésentère, situé plus bas qu'on ne le trouve d'ordinaire. Mais, ultérieurement, le tiraillement continuel exercé sur ce repli péritonéal peut contribuer à l'allonger et par conséquent être une cause d'augmentation de la tumeur herniaire.

(1) *Rev. ju lic. accid. trav*, Mars 1902.

Cet allongement du mésentère peut d'autant plus facilement se produire que, le plus souvent, les hernieux présentent une certaine laxité de leurs tissus, faiblesse qui est précisément la cause principale de leur infirmité. Il y a une prédisposition anatomique bien spéciale, notée par tous les médecins et aboutissant aux hernies, aux viscéroptoses, aux varices (Tuffier). Faible résistance des parois coïncidant généralement avec un élargissement de l'orifice inguinal. augmentation de la pression dans les parties inférieures de l'abdomen par suite de l'entéroptose, telles sont les vraies conditions d'apparition de ces hernies, dites à bon droit *hernies de faiblesse*

50. — Il faut y joindre encore une anomalie congénitale fréquemment observée dans la disposition du péritoine au niveau de l'orifice interne du canal inguinal. On sait que dans la plus grande partie de la vie fœtale, la séreuse vaginale entourant le testicule communique librement avec la cavité du péritoine. Or, il peut arriver que cette disposition persiste encore après la naissance, et dans ce cas, le trajet est tout préparé pour les intestins.

Sans que la communication ait persisté complètement entre la vaginale et le péritoine, il peut y avoir au niveau de l'orifice interne du canal inguinal, une sorte d'amorce du canal péritonéo-vaginal, une fossette plus ou moins nettement dessinée, facilitant l'engagement de l'intestin et son acheminement progressif vers l'extérieur.

S'il faut en croire des auteurs très autorisés, cette disposition se retrouverait presque toujours à un degré quelconque chez les hernieux et *anatomiquement*, toutes les hernies seraient donc des hernies congénitales. C'est l'avis exprimé par J. Championnière dans son enseignement : c'est celui qu'il émettait dans une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu en 1902 (1).

(1) *Gaz. hop.*, 9 déc. 1902.

Russel, de Melbourne, a étudié spécialement à ce point de vue 125 cas de hernies opérées, et, constamment, il s'est trouvé en présence d'un sac congénitalement formé (1).

Chez les individus présentant ainsi une disposition anatomique spéciale, on comprend facilement comment des efforts légers, mais répétés, soit qu'ils proviennent du travail, soit qu'ils soient causés par la toux, par exemple, arrivent peu à peu à chasser l'intestin hors de l'abdomen et à lui faire suivre le chemin tout tracé qu'il trouve dans une partie déclive. Point n'est besoin d'un effort extraordinaire pour arriver à ce résultat; l'exercice de la profession journalière y suffit. La hernie dans tous ces cas est non pas un accident, mais une maladie, professionnelle ou non, selon qu'est intervenue ou non, dans sa production, l'influence du travail quotidien.

51. — Devons-nous donc complètement rejeter l'existence de la *hernie de force?* Si nous ne voulons désigner sous ce nom que les cas où une hernie s'est produite à la suite d'un effort chez un individu ne présentant aucune prédisposition, il faut admettre leur rareté excessive, rareté telle que, dans la pratique, on peut ne pas en tenir compte. Kaufmann ne croit pas à une proportion supérieure à 1 pour 1.000. Berger dit : « les hernies ne peuvent et ne doivent jamais être considérées comme la conséquence directe d'une lésion traumatique. »

Mais, on applique généralement le nom de *hernie de force* à toutes celles dans la production desquelles l'effort joue le rôle prépondérant. On a pu dire dans ce sens en tenant compte de la prédisposition : « la hernie est une maladie qu'un accident a aggravée ou rendue apparente. » Reste à savoir dans quelle mesure s'est produite cette aggravation, dans quelle proportion elle doit donner lieu à réparation au profit de la victime.

---

(1) Lancet, 31 mai 1902.

52. — L'un des caractères essentiels des hernies de force est de se produire subitement. Le plus souvent elles seront le résultat d'un effort violent, quelquefois aussi d'un choc direct sur la paroi abdominale. Nous ne croyons pas qu'on puisse faire deux variétés distinctes en se basant sur cette double étiologie. Dans le cas d'un effort, la pression interne est augmentée brusquement; dans celui d'un choc, il y aura augmentation de cette pression, soit que la violence du traumatisme soit assez forte pour repousser les intestins, soit plutôt, et nous croyons ce mécanisme plus fréquent, qu'il y ait une contraction réflexe brusque des muscles de la paroi abdominale. En somme, le mécanisme reste le même. Nous ne croyons pas discutable l'extériorité de l'effort. Si en effet, l'effort lui même est d'origine interne, il est bien clair que la cause qui lui donne lieu doit être extérieure : fardeau à soulever, par exemple. Encore faut-il que cet effort soit de qualité suffisante, pour qu'il puisse être considéré comme le fait anormal, élément nécessaire de l'accident. Tout travail n'ayant pas demandé un déploiement de force plus grand que d'habitude ne peut être rangé dans cette classe. Telle est d'ailleurs la jurisprudence qui tend à se former, et qui se trouve parfaitement d'accord avec les données médicales et le bon sens; nous citerons en ce sens quelques arrêts, qui justifient pleinement notre conception de l'accident.

Ne constitue pas un accident la hernie dont la cause consiste seulement en un effort nécessité par le travail normal. (Trib. de Bordeaux — 1re Ch, 17 déc. 1900).

La loi du 9 avril 1898 n'est pas applicable au cas, où, pendant un travail n'exigeant qu'un effort ordinaire, l'ouvrier est atteint d'une hernie. (Cour d'Angers, 24 mai 1901).

Quand un ouvrier porte sur sa personne des traces indiscutables de prédisposition à une hernie, il ne peut réclamer une pension en vertu de la loi de 1898, alors que la hernie dont il avait été atteint n'est apparue qu'à un moment où il se livrait à son travail ordinaire ne nécessitant pas d'effort d'une grande intensité. (Cour de Nancy, 24 nov. 1901).

Dans le même sens, ont jugé encore le Tribunal de Bordeaux (11 mars 1901) et celui de Toulouse (3 mai 1901).

Nous admettons, au contraire, qu'il faut considérer comme le résultat d'un accident du travail et indemniser comme tel, une hernie apparaissant brusquement lorsque l'ouvrier est obligé de dépenser une force considérable. Nous sommes en cela d'accord avec la Jurisprudence des Cours d'Appel de Paris (8 février 1902), de Limoges (2 mai 1901), d'Amiens (29 juin 1901), de Lyon (22 mai 1902), etc. etc..; mais nous ne pouvons admettre qu'il n'y ait pas lieu de tenir compte de la prédisposition herniaire, soit dans l'appréciation du rôle joué par l'effort (Trib. de Paix du 7e arr. Paris, 4 Janvier 1901), soit dans l'évaluation de la rente à accorder à l'ouvrier blessé (Cour de Lyon, 22 mai 1902). Cette dernière opinion n'est d'ailleurs pas celle de la Cour de Paris (8 févr. 1902). Nous aurons occasion de revenir sur ce point à propos de l'évaluation de la rente à accorder aux hernieux par accident.

En Allemagne c'est aussi la même théorie qui prévaut et le *Reichsversicherungsamt* ne reconnait comme hernie de force que CELLE CAUSÉE PAR UN EFFORT CONSIDÉRABLE TOUT A FAIT HORS DE PROPORTION AVEC CEUX AUXQUELS DONNE LIEU LE MÉTIER ORDINAIRE DE L'OUVRIER.

53. — En résumé, au point de vue pathogénique, nous pouvons donc distinguer en dehors des hernies par ruptures musculaires, ou par affaiblissement cicatriciel de la paroi, qui ne donnent pas lieu à discussion :

1° Des hernies de faiblesse évoluant très progressivement sans aucune brusquerie ;

2° Des hernies se produisant par effort plus ou moins violent chez des individus prédisposés ;

3° Des hernies se produisant brusquement sans aucune prédisposition, celles-ci étant si rares que dans la pratique on peut ne pas en tenir compte.

Les deux premières classes renferment la presque totalité des hernies ; dans la deuxième, les cas où la prédisposition a joué le plus grand rôle sont de beaucoup les plus nombreux. Or, il est curieux de voir le nombre de cas où une indemnité

a été demandée pour la réparation de hernies prétendues accidentelles et le petit nombre de ceux où les Tribunaux ont pu admettre l'origine invoquée par le demandeur. C'est ainsi que sur 400 cas soumis en 1895 au Tribunal impérial des assurances en Allemagne, 32 seulement ont été reconnus comme accidents du travail. BERGER, qui a pu observer 10.000 cas de hernie au Bureau Central de l'Assistance Publique de Paris, a entendu la plupart de ses clients se plaindre d'un effort, d'une chute, d'un trauma quelconque, et pourtant, après examen, il reconnaît que « la constitution physique, la conformation abdominale et l'état pathologique du sujet sont les premiers responsables d'une lésion dont les actions mécaniques ne sont jamais que la cause occasionnelle », et il estime au plus à 30 0/0 le nombre des hernies de force. *Nous ne croyons pourtant pas à la simulation dans la plupart des cas. Mais, il se passe ici ce qu'on peut observer dans beaucoup d'autres affections, ainsi que nous aurons occasion de le signaler : une hernie de faible volume peut parfaitement rester inconnue de l'individu qui en est porteur; vienne un effort léger, le malade s'examine plus attentivement et découvre la petite tumeur dont il fait remonter l'origine à cet effort.*

54. — Soit au moment de la rédaction du premier certificat, soit à propos d'une expertise ordonnée par le Tribunal, le médecin aura à faire l'application de ses connaissances sur la pathogénie de la hernie.

Il examinera tout d'abord la possibilité d'une simulation : nous avons pu une fois observer un cas bien net où le blessé prétendait être victime d'un accident de date récente, alors que les traces laissées sur la peau par l'application du bandage : pigmentation anormale, lésions cutanées de frottement venaient prouver l'origine ancienne de son infirmité.

Le diagnostic proprement dit de la hernie, avec une autre affection pouvant être confondue avec elle : adénite, tumeurs, abcès par congestion, varicocèle, est purement médical, et nous ne ferons que le signaler.

La constatation de la hernie étant faite, on s'attachera,

par l'étude des faits, à déterminer s'il y a eu réellement accident, effort anormal. Le récit fait par l'ouvrier devra être écouté avec soin; on pourra y trouver la démonstration évidente de la non existence d'un accident. Il ne suffira pas que l'homme nous dise : j'ai fait un effort et ai senti ensuite une grosseur dans l'aine. Il faudra déterminer la qualité de cet effort, se rendre compte s'il était vraiment en dehors de ceux exigés par le travail quotidien. Cependant, on devra être large dans cette appréciation et tenir compte des circonstances. Ainsi, 4 hommes soulevant ensemble 400 kilos n'ont chacun que 100 kilos à supporter, mais il peut arriver que deux d'entre eux faiblissent à un moment donné, et leurs compagnons se trouvent avoir à supporter chacun 200 kilos : le moteur humain ne travaille pas avec la précision d'une machine inanimée. Enfin, certaines positions sont particulièrement à redouter : l'effort fait dans la position accroupie ou avec les jambes écartées donne plus facilement lieu à la production d'une hernie. On voit avec quelle minutie le médecin devra savoir faire raconter l'accident, et combien les dépositions des témoins lui seront utiles.

Elles aideront à fixer un autre point important : la douleur que l'ouvrier a éprouvée au moment de l'accident. Ici, tous les auteurs sont d'accord : la hernie de force s'accompagne d'une douleur excessivement violente obligeant à interrompre immédiatement le travail et à avoir recours au médecin. Cette douleur presque syncopale a pourtant manqué dans un cas de M. Marechaux : il s'agissait d'un sujet indolent qui ne ressentit qu'une forte secousse, et ne sentit se développer la douleur qu'au moment de l'examen médical. Le fait qu'on ne trouve que ce seul cas dans la littérature médicale prouve surabondamment combien la règle que nous posons peut être tenue pour constante. La Jurisprudence allemande considère cette douleur comme une condition indispensable pour établir la relation entre l'accident et la hernie; c'est l'avis exprimé par Becker, par Kaufmann. C'est celui auquel se rangent en Italie Raffaele et Fournaise, en France Rémy, Boyer, Godeau, Loriot, etc., etc. Un arrêt du Tribunal de

Lille (22 mai 1902) a rejeté la demande d'un ouvrier, en s'appuyant sur les motifs suivants :

Attendu que, le jour où l'accident se serait produit, le demandeur ne fit part à personne ni de ses souffrances, ni de l'accident;
Qu'il n'établit donc en aucune façon que la hernie dont il est affligé soit née, ou encore se soit développée par le travail, ou à l'occasion du travail.

La Cour d'Appel d'Angers, dans un arrêt du 24 Mai 1901, confirmé par la Cour de Cassation, le 8 Juillet 1902 (1), déclare de même :

Le fait que le demandeur a prolongé son travail après avoir senti la douleur révélatrice de son infirmité, établit à la fois et l'extrême modération de l'effort nécessaire à l'exécution du travail, et l'insuffisance de l'effort pour déterminer une hernie.

Le *Reichsversicherungsamt* a refusé une indemnité à un ouvrier qui avait attendu un an avant de se plaindre; il a pensé que la présence du médecin n'ayant pas été jugée nécessaire par le blessé, il y avait lieu de présumer la non existence de l'accident et l'intention pour l'ouvrier d'induire en erreur, en évitant un examen rapproché du moment où se serait produit la hernie (cité par Godeau).

Si cette condition d'existence de la douleur n'est pas remplie, on peut affirmer que la hernie n'est pas une *hernie de force*; elle s'est produite progressivement; l'intestin était près de sortir, l'issue lui était ouverte, et un brusque effort en fit franchir la dernière étape : la hernie est devenue apparente aux yeux de la victime. Au contraire, la douleur est-elle accusée avec les caractères que nous avons indiqués, le médecin devra chercher à vérifier les dires du blessé et des témoins par l'examen objectif.

L'existence de la hernie devra être d'abord constatée. On devra pourtant se rappeler les faits signalés par Duchamp, par Loriot, où la hernie, après un choc violent, ne s'est montrée que quelques jours après. Evidemment, ces cas sont

---

(1) *Rev. judic. accid. trav.* sept. 1902.

rares et demandent un examen très sérieux. Ici, d'ailleurs, le traumatisme n'est pas douteux, mais ses conséquences sont discutables.

Le volume considérable de la hernie dès les premières heures qui suivront l'accident devra faire penser à une affection non récente; on trouve cependant cité partout le cas d'EONNET (1) où une énorme hernie crurale se montra presque instantanément ; mais les lésions constatées : rupture de la colonne vertébrale, déchirure du péritoine, montrent assez qu'un accident capable d'amener un tel résultat ne prête pas à discussion. En fait, on peut admettre l'opinion de KAUFMANN : une hernie traumatique ne dépasse pas la grosseur d'un citron.

La présence d'un testicule en ectopie empêchera aussi de croire à une hernie de force (KAUFMANN, DE QUERVAIN). Il en sera de même si on constate l'irréductibilité de la hernie sans qu'il y ait symptôme d'étranglement ; cette irréductibilité provenant d'anciennes adhérences du contenu avec le sac herniaire (KAUFMANN, DE QUERVAIN). Enfin, il est extrêmement rare qu'un même accident ait produit deux hernies de force à la fois.

L'examen d'une hernie de force récente sera toujours douloureux, quelquefois intolérable pour le blessé. On pourra parfois reconnaître la présence d'une ecchymose suite de la rupture musculaire. Souvent, au contraire, la cure radicale elle-même ne permettra pas d'affirmer, par l'examen objectif seul, la date récente ou éloignée de l'apparition de la hernie. Cependant l'existence d'un sac herniaire mince, sans adhérences anormales, plaidera en faveur d'une affection de date récente ; tandis que l'épaississement du péritoine, les adhérences plus ou moins développées font penser à une hernie ancienne. Parfois, l'examen de certains documents pourra trancher la difficulté : ainsi, un certificat de réforme du service militaire pour cause de hernie, un certificat d'entrée dans une société

(1) *Gaz. hebdom. méd. et chir.* 1898.

de Secours Mutuels constatant la présence de la hernie ; le médecin ne pourra pas toujours se procurer ces documents, et ne pourra évidemment les exiger, mais l'enquête faite par le Juge de paix lui fournira souvent des détails utiles sur les précautions plus ou moins grandes que prenait le sinistré quand il s'agissait d'accomplir des travaux pénibles.

Enfin, dans le cas où la relation entre l'accident et la hernie est admise, où l'examen médical conclut à une hernie de force, il faudra faire la part de la prédisposition. Dans quelle proportion est-elle intervenue ? L'âge avancé du sujet, le fait qu'il s'est adonné toute sa vie à des travaux pénibles auront évidemment joué un grand rôle dans la production de son infirmité, plutôt maladie professionnelle qu'accident. L'état des autres orifices, leur ouverture plus ou moins grande, la coexistence de *pointes de hernie*, la présence de varices, la forme du ventre en besace, si caractéristique, devront faire accorder une plus grande part à l'élément constitutionnel qu'à l'accident ; au contraire, le fait de trouver de bonnes parois, des anneaux étroits, sans trace de pointe de hernie, chez un jeune sujet, fera conclure à la plus grande importance de l'élément accidentel sans que, nous le répétons encore, on puisse écarter complètement l'influence de la prédisposition.

55. — Certaines compagnies d'assurances, pour faciliter la tâche à leurs médecins, leur remettent un formulaire rappelant les différents points à élucider en cas de hernie. Voici d'apès Godeau le schéma qu'on pourrait utiliser avec avantage :

Quel est l'âge du patient ?

S'est-il jamais plaint de douleurs dans la région inguinale ?

S'est-on aperçu qu'il portât un bandage ?

Ménageait-il antérieurement ses efforts en soulevant certains fardeaux ou en effectuant des travaux pénibles ?

A-t-il fait son service militaire ? Sinon, pourquoi a-t-il été réformé ?

A-t-il subi des visites médicales antérieures et quel en a été le résultat ?

Quelle était sa démarche ?

Quelle a été la mesure de l'effort ?

Quelle position avait-il au moment de l'accident?

S'est-il plaint, et a-t-il interrompu son travail au moment de l'accident? A-t-il, au contraire, continué à travailler?

Qu'ont remarqué ses compagnons?

Quand le médecin a-t-il été appelé?

Qu'a fait l'ouvrier entre temps?

Quel est le résultat de l'examen objectif?

L'étude que nous venons de faire se rapporte surtout à la *hernie inguinale*, de beaucoup d'ailleurs la plus fréquente dans la proportion de 70 sur 72, dans le sexe masculin, d'après BERGER.

Les règles que nous avons posées s'appliquent d'ailleurs presque complètement aux autres formes que nous passerons rapidement en revue.

56. — *La hernie crurale* serait, d'après JABOULAY, le plus souvent acquise. Mais ici encore la prédisposition joue le plus grand rôle. RUSSEL, dans le travail déjà cité conclut à la congénitalité de la disposition anatomique. JABOULAY est d'accord avec BERGER pour considérer cette hernie comme étant presque toujours une hernie de faiblesse.

57. — *La hernie ombilicale*, beaucoup plus fréquente dans le sexe féminin que dans le sexe masculin ainsi que la précédente, dans la proportion de 5 à 1 (BERGER), débute très rarement après quinze ans. C'est une hernie remontant à l'enfance, s'aggravant peu à peu et qu'un effort vient mettre en évidence en augmentant son volume (BERGER, JABOULAY). La grossesse joue un rôle important dans l'étiologie de son accroissement.

La *hernie adombilicale*, beaucoup plus rare, peut résulter d'un traumatisme portant sur la paroi antérieure de l'abdomen.

58. — *La hernie épigastrique* se fait par un des orifices de la ligne blanche. Sa pathogénie s'explique par l'issue à travers la paroi d'un peloton de graisse sous-péritonéal qui entraîne peu à peu le péritoine en préformant le sac.. Elle demande

à être recherchée et passe souvent inaperçue du porteur ; l'accident peut donc être l'occasion de la découverte. En dehors des cas où elle est provoquée par un traumatisme direct et violent qui rompt l'aponévrose, et alors, il n'y a pas place au doute, on admettra presque toujours, que c'est une hernie de faiblesse (1) (Berger), ce qui cadre bien avec la coïncidence fréquente d'autres hernies : inguinale, crurale, etc.

59. — La *hernie diaphragmatique*, rare, est le plus souvent la conséquence d'un traumatisme non douteux. Lorsqu'elle se montre à la suite d'un effort, celui-ci s'accompagne généralement de désordres immédiats assez graves pour qu'il n'y ait pas doute sur l'origine de l'affection.

60. — La *hernie obturatrice* est beaucoup plus rare chez l'homme que chez la femme, à cause de la disposition anatomique du bassin de cette dernière. Son existence se révèle généralement à la suite d'un effort, souvent léger. Berger la classe parmi les hernies de faiblesse en s'appuyant sur l'âge avancé auquel elle apparaît ordinairement et sur la coïncidence avec d'autres hernies. Les même remarques sont faites par Jaboulay.

61. — *La hernie lombaire*, se faisant par le triangle de Petit ou par celui de Grynfelt serait, dans la moitié des cas, d'origine traumatique, et coïnciderait avec un coup violent. Dans l'autre moitié des observations, on noterait la spontanéité ou un effort léger à l'origine. Les pressions répétées, les efforts de toux, l'amaigrissement sont des causes prédisposantes.

62. — *La hernie ischiatique*, la plus rare de toutes, s'échappe par l'échancrure sciatique, et se dirige généralement vers la fesse. Le traumatisme, l'effort, la chute, sont notés

---

(1) Liniger a recherché les hernies épigastriques sur 6.000 ouvriers et en a trouvé 182 typiques, dont les porteurs n'ont pu, *en aucun cas*, donner la cause (Monatsschrift für Unfallheilk. 1902.)

dans les rares observations qu'on possède. On peut supposer qu'il y a une prédisposition anatomique. L'intensité du traumatisme, la non existence d'autres hernies qui devra être recherchée comme dans tous les cas précédents, feront pencher la balance en faveur du diagnostic étiologique : hernie accidentelle.

Étranglement herniaire

63. — Nous avons vu combien il peut être difficile parfois d'affirmer ou de rejeter l'origine traumatique d'une hernie; l'appréciation sera encore plus délicate lorsqu'il s'agira *d'un étranglement herniaire*. Nous savons que certaines *hernies de force* peuvent s'étrangler au moment même de leur production. Pour celles-là, pas de doute; l'accident qui a causé l'issue de l'intestin est aussi responsable de son étranglement. Mais, un sujet, porteur d'une hernie, peut, à propos d'un effort, voir cette hernie devenir irréductible. Ce qui rend ardue la tâche du médecin expert, c'est la facilité avec laquelle certaines hernies s'étranglent : on peut voir le fait se produire à propos d'un mouvement quelconque, d'un effort insignifiant, quelquefois même *spontanément*. Il semble que, dans l'appréciation de ces faits, tout dépendra de l'effort incriminé. S'il est anormal, au dessus de la moyenne ordinaire pour les ouvriers de la même profession que le blessé, on pourra admettre qu'il y a eu accident. Il est bien entendu que le juge devra tenir compte dans une large mesure du fait de la préexistence de la hernie. De plus, il nous semble qu'on devra considérer comme une faute lourde de la part du hernieux, le fait de travailler sans bandage.

Après l'opération nécessitée par l'étranglement herniaire, si la cure radicale a été faite, on peut dire que la situation de l'ouvrier est meilleure qu'avant l'accident; il n'y a donc pas à discuter la question d'incapacité permanente. Si on s'est borné, au contraire, à lever l'étranglement, la faiblesse de la paroi peut être encore augmentée.

64. — A côté de l'étranglement herniaire avec lequel elle est souvent confondue, on doit signaler la *torsion de l'épiploon*, dont une étude d'ensemble a été faite dans une thèse récente. (1). On a signalé la production de cette lésion dans l'effort; il existe toujours une disposition anormale : hernies. adhérences épiploïques, qui semble avoir joué le rôle principal dans la genèse des accidents.

Nous étudierons ici, certains déplacements viscéraux qui ont beaucoup de ressemblance, au point de vue pathogénique, avec les hernies. La discussion de leur classification a tant de points communs avec celle que nous venons de faire que nous pourrons être brefs.

Rein mobile.

65. — L'étiologie du rein mobile n'est pas comprise de la même façon par tous les auteurs. Tandis que, pour certains, il s'agit le plus souvent d'une disposition d'origine congénitale, d'autres le rattachent à l'entéroptose, ou admettent une dystrophie générale dont nous avons déjà eu occasion de parler à propos des hernies. Enfin, pour plusieurs auteurs, l'origine traumatique est très nette dans certains cas.

Il est probable que la vérité est dans l'éclectisme. Dans quelques cas, assez rares, on trouve un rein entièrement mobile, rattaché par un repli du péritoine, un vrai *mésonéphros :* l'origine congénitale n'est alors pas douteuse. Mais, Albarran, d'accord avec Litten, Ewald, Ochsle, Walsh, Comby, croit que la prédisposition congénitale existe, même lorsque l'anomalie n'est pas aussi patente et il fait de la néphroptose un signe de dégénérescence. Cet auteur ne croit pas à la théorie de Glenard, qui rattache le rein mobile à la splanchnoptose; il semble pourtant que le rein mobile coïncide parfois avec les ptoses intestinales. Dans la discussion qui eut lieu au Congrès d'urologie de 1901, Guillet, Delagenière, Legueu, etc, tombèrent d'accord sur ce point que

(1) Giraudeau. *Th.* Paris, 1902-03

la vraie cause du rein mobile était la faiblesse congénitale ou acquise de ses moyens de contention. De fait, normalement fixé dans l'épaisseur de son enveloppe cellulo adipeuse, retenu par ses connexions avec les vaisseaux qui y pénètrent ou en viennent et aussi par la pression intra abdominale, il ne semble pas que le rein puisse facilement se déplacer sans une prédisposition anatomique.

66. — Cependant, on a adopté comme cause du rein mobile les *traumatismes directs* : chocs violents ou *indirects* : chute sur les pieds. Qu'il puisse y avoir un déplacement de cet organe déterminé par un coup dans la région latérale de l'abdomen ou la région lombaire, la chose ne paraît pas douteuse. Le cas de Iljin, cité par Stern, en est un exemple ; mais, comme dans ce cas, il doit y avoir toujours des douleurs très violentes, immédiates, et on peut observer même un certain degré de réaction péritonéale. Le plus souvent, il y aura plutôt une contusion ou une rupture du rein. L'influence d'un effort unique sur la production de la néphroptose ne paraît guère probable. Il faut plutôt incriminer les efforts répétés, qui, combinés avec la faiblesse générale des tissus arrivent peu à peu à produire le déplacement en question. Quand aux chutes sur les pieds, elles ne semblent que bien rarement être, d'une façon indubitable, la cause de la néphroptose.

67. — Ce qui semble tout à fait contre l'origine traumatique du rein mobile : c'est que la plupart des cas soi disant tels, ont été observés chez la femme. Kuster, partisan de l'origine traumatique, a été si frappé de ce fait qu'il a cherché à l'expliquer en invoquant la forme spéciale des loges rénales et l'influence du costume dans le sexe féminin. Mais il est une explication qui paraît beaucoup plus simple en même temps que plus logique : le rein mobile, en tant qu'affection non traumatique, est beaucoup plus fréquent chez la femme où se trouvent réunies les causes les plus nombreuses de faiblesse des moyens de fixité; d'autre part,

le nombre de cas méconnus, parce qu'ils restent indolores, et révélés par une recherche fortuite, est infiniment grand : l'accident est non pas la cause du rein mobile, mais la circonstance qui le fait découvrir.

Nous nous rangeons à l'opinion de la plupart des auteurs ; le traumatisme, l'effort n'agit *le plus souvent* que sur un organe déjà déplacé ou en imminence de déplacement. C'est exactement ce que nous avons déjà vu pour les *hernies de faiblesse.* Nous croyons pourtant que parfois, l'origine traumatique est seule en cause; Tedenat, Duret ont dit au Congrès d'urologie de 1901, en avoir observé plusieurs faits. Le médecin expert devra donc se livrer à un examen attentif pour déterminer la véritable étiologie dans chaque cas soumis à son appréciation. Il rencontrera parfois des difficultés insurmontables dans cette recherche.

68. — Pour admettre que le traumatisme a agi, indépendamment de toute prédisposition, il faut qu'il y ait eu traumatisme direct et violent portant sur la région rénale, que le sujet ait de suite ressenti une douleur violente l'empêchant de continuer son travail, douleur qui aura continué à se faire sentir dans les jours suivants. L'action du traumatisme sera d'autant mieux admissible qu'il s'agira d'un homme, qu'il n'y aura pas coexistence de hernie. Au contraire, chez une femme, on rejettera plus difficilement la prédisposition causale; une grossesse antérieure, la faiblesse de la paroi musculaire abdominale, la chute des intestins recherchée suivant la méthode de Glenard, la localisation à droite de la néphroptose sont autant de raisons de croire à un rein mobile d'origine non traumatique. S'il y a eu effort, on devra déterminer la nature et la qualité de cet effort.

Comme l'a justement décidé le Tribunal de Bordeaux (7 janv. 1901).

la chute d'un rein dans la cavité abdominale, qui n'apparaît que comme la conséquence d'un effort normal de la profession, ne constitue pas un accident.

69. — L'expert ne bornera pas là son rôle. Il devra se demander si le traumatisme subi n'a pas aggravé les symptômes morbides d'un rein mobile préexistant. Il est probable en effet que si, trop souvent, le rein mobile est rattaché à une chûte, à un effort, c'est que, de ce moment, datent des douleurs plus vives, une gène plus intense. Ici, on n'aura guère pour se guider que les dires du blessé ; mais, lorsque le rein mobile est vraiment douloureux, il a généralement un grand retentissement sur l'état général et en particulier sur le système nerveux. En comparant la santé du blessé avec ce qu'elle était avant l'accident, on pourra arriver à se faire une opinion, surtout si l'on ne se borne pas à un seul examen. Quant à l'appréciation du dommage causé dans ces cas, on comprend qu'elle doive varier avec les prédispositions plus ou moins grandes. On devra pourtant se rappeler, comme nous le disions plus haut, le nombre des malades supportant leur rein mobile sans être aucunement gênés dans leurs travaux.

Foie mobile.

70. — La cause principale du foie mobile semble être la suppression du coussinet élastique formé par les intestins ; en même temps (Faure) il y a un relâchement des moyens de soutien si puissants que sont pour ce viscère ses attaches à la veine cave et ses ligaments. En réalité, l'hépatoptose n'est, la plupart du temps, qu'une manifestation d'une dystrophie générale se montrant dans tous les tissus. C'est dire qu'un accident pourra bien parfois mettre en évidence cette hépatoptose en l'augmentant légèrement, mais, en réalité, un traumatisme ne causera pas la mobilité du foie, sauf dans des cas exceptionnels où le trauma violent : passage d'une roue de voiture, chute d'un lieu élevé, pourra provoquer la déchirure des ligaments. Dans ces cas, il y aura toujours, en même temps que douleur vive, apparition immédiate de la mobilité du viscère : l'accident s'imposera. Tout foie mobile rattaché tardivement à un traumatisme ne pourra être

considéré comme d'origine accidentelle si on n'a pas des commémoratifs absolument précis et conformes à ceux que nous venons d'exposer.

Rate mobile.

71. — Le plus souvent, la rate, fixée en sa position normale par des ligaments péritonéaux, ne perd ses rapports anatomiques que par suite de l'allongement progressif de ces ligaments sous l'influence d'une hypertrophie pathologique : kyste, malaria, etc. Cependant, il semble que, dans certains cas, il y ait vraiment un déplacement brusque, soudain, sous l'influence d'un traumatisme, le plus généralement assez violent : chute ordinairement. On a prétendu aussi qu'un seul effort assez intense pouvait amener le déplacement de la rate, mais les cas cités ne sont pas démonstratifs; ils ont trait le plus souvent à des femmes ayant déjà eu plusieurs grossesses, condition éminemment prédisposante à la mobilité de la rate sans qu'il y ait besoin d'une cause traumatique.

Pour qu'une rate mobile puisse être considérée comme le résultat d'un accident, il faudra que sa production se soit accompagnée d'une violente douleur dans la région du flanc droit. De plus, si la victime est une femme et surtout une femme ayant eu plusieurs grossesses, si on trouve une rate de volume augmenté, une rate pathologique, on devra éloigner l'idée de déplacement traumatique ou, tout au moins considérer cette origine comme fort douteuse. Fait très intéressant à noter, la splénoptose fait très rarement partie du syndrome entéroptose (Villar). La constatation d'une entéroptose ou son absence ne donneront donc aucun argument pour ou contre l'origine traumatique de la rate mobile.

Prolapsus de l'utérus.

72. — Tous les auteurs qui se sont occupés du prolapsus de l'utérus n'admettent qu'avec la plus extrême réserve son

origine accidentelle : de fait, il a une étiologie tellement spéciale qu'on peut se demander s'il existe vraiment un prolapsus traumatique, si les cas étiquetés ainsi ne sont pas plutôt préexistant à l'effort invoqué comme cause et seulement aggravés par lui. On peut affirmer qu'aucun prolapsus ne se produit sans une faiblesse, une laxité spéciale des ligaments fixateurs de l'utérus. Mais, l'effort peut être la cause déterminante d'une aggravation dans la chute du viscère déplacé. Dans certains cas où la production du prolapsus s'accompagne d'une douleur très violente, presque syncopale, où le travail sera forcément interrompu, il n'y aura pas de doute sur le rôle de l'effort. Mais les symptômes pourront, au contraire, être fort minimes : légère sensation de pesanteur dans le bas ventre, suivie de troubles qui iront en s'accentuant. Avant d'accepter l'étiologie invoquée par la victime, le médecin devra porter son attention sur les points suivants :

Le prolapsus est-il récent ou ancien? L'infiltration de la muqueuse vaginale, sa cutanisation, seront un bon signe d'ancienneté (Thiem); il en sera de même des ulcérations même légères des parois vaginales et du col.

Y a-t-il eu des accouchements chez la femme examinée? Si oui, on doit repousser l'idée de l'origine traumatique.

Existe-t-il d'autres viscéroptoses : rein mobile, entéroptose, etc?

De plus, le médecin devra s'assurer du degré de prolapsus, la gêne causée étant totalement différente dans les cas de prolapsus légers ou de prolapsus graves.

S'il s'agit d'une femme n'ayant pas eu de grossesses, si on se trouve en présence d'un prolapsus récent, si l'effort est constaté par les dépositions des témoins, on peut admettre que le travail a joué un certain rôle, a causé tout au moins une aggravation de l'état préexistant. Enfin on devra se rappeler qu'un prolapsus complet de l'utérus et du vagin ne peut pas être aggravé par un accident.

Ouvrages a consulter : *Traités de chirurgie.* — Loriot, *La hernie et la loi sur les accidents.* Th. Paris, 1901-02. — Godeau, *La hernie au point de vue médico légal dans les accidents du travail.*

Th. Lyon, 1901-02. — Berger. *Des hernies. Rec. spéc. accid. du trav.* mai 1901. — Rémy. *Rec. spéc. accid. du trav. 1905* (article renfermant une bibliographie assez complète), etc. etc

2° De l'orchite par effort.

Conception de l'orchite par effort. — Simulation possible. — Diversité des lésions rangées sous le nom d'orchite par effort. — Hémorrhagies épididymaires. — Hydro-hématocèles rompues. — Tuberculose testiculaire. — Tumeurs du testicule. — Torsion du cordon spermatique. — Ectopie traumatique du testicule. — Infarctus hémorrhagique du scrotum. — Cas où le traumatisme et l'effort ont joué un certain rôle. — Manière de diriger l'expertise.

73. — On a souvent rapproché l'orchite traumatique et l'orchite par effort, celle-ci, pour certains auteurs, ne constituant qu'une variété de celle-là. Dans les cas d'orchite traumatique, le testicule reçoit un choc extérieur; ce choc doit être assez violent et, surtout, se produire dans une certaine direction, le testicule échappant facilement à cause de sa mobilité. La glande est généralement meurtrie entre la violence extérieure et le pubis.

S'agit-il d'une orchite par effort, au moment où elle s'est produite, l'homme faisait le plus ordinairement un effort violent : il se redressait par exemple après avoir saisi un poids lourd, ou encore il cherchait à reprendre son équilibre, emporté en avant par un fardeau pesant. Il sent un craquement dans son scrotum et, saisi d'une douleur syncopale, il est obligé de cesser immédiatement son travail. Le testicule est extrêmement douloureux à la pression; rapidement les bourses sont enflées; puis, dans les jours suivants tout s'apaise avec le repos, ou, au contraire, on assiste à l'évolution d'une orchi-épididymite aiguë pouvant aller jusqu'à la sùppuration ou, au contraire, se terminer par la résolution avec ou sans atrophie consécutive.

Que s'est-il donc passé?

Le testicule a été violemment comprimé entre le crémaster contracté d'une part et d'autre part le pubis. C'est tout

au moins l'opinion émise par TILLAUX, adoptée depuis lui par presque tous les auteurs et qui semble le plus généralement admise. De cette compression est résultée une contusion plus ou moins profonde et un processus inflammatoire évolue dans ce foyer contus. Tels sont les faits d'après ceux qui admettent la réalité de l'orchite par effort ; telle est l'explication qu'ils en donnent.

74. — Il est bien entendu tout d'abord qu'ici comme ailleurs le traumatisme ne suffit pas à lui seul à causer l'inflammation. Qui dit inflammation, dit évolution microbienne et le traumatisme est impuissant à lui seul à provoquer un processus inflammatoire. Tout au plus, peut il faciliter ce processus en fournissant un terrain favorable aux micro-organismes venus du dehors. Mais, peut-on admettre que la contraction crémastérienne puisse traumatiser le testicule suffisamment pour qu'il devienne le siège d'une inflammation.

SÉBILLEAU dans une étude très fouillée (1), à laquelle nous emprunterons beaucoup, apporte les arguments les plus sérieux contre la théorie de l'orchite par effort.

En réalité, d'après lui, on range sous ce nom des lésions fort dissemblables, et c'est bien la même opinion qui ressort des récentes discussions à la Société de chirurgie et à la Société médico chirurgicale de Paris.

75. — Nous ne ferons que signaler la simulation possible. Un ouvrier porteur d'une orchite blennhorragique feindrait un accident et dévoilerait alors sa maladie. Si, le plus souvent, la douleur de l'orchite aiguë est assez vive pour empêcher tout travail, il est quelques cas où cette affection est presque indolente et pourrait ainsi se prêter à une simulation.

Cependant, l'examen du canal ne pourra guère permettre de douter, surtout si l'on suit le malade de près. Si l'on voit

(1) *Traité de Chirurgie*, de Le Dentu et Delbet.

parfois l'écoulement uréthral disparaître, pendant l'évolution de l'orchite, il se montre à nouveau après la disparition de cette complication et n'échappera pas à l'œil exercé du médecin qui aura soin de surprendre son malade pour éviter toute supercherie, et en particulier ne se laissera pas tromper par une miction ayant, préalablement à l'examen, balayé largement l'urèthre.

76. — Parmi les traumatismes qui ont été rangés sous le nom d'orchite par effort, les plus fréquents ne sont probablement pas des orchites, mais bien des lésions caractérisées anatomiquement par des ruptures vasculaires, cliniquement par de la douleur et des hémorrhagies plus ou moins facilement décelables à l'examen.

On comprend aisément comment ces hémorrhagies sont facilitées par la richesse toute particulière de l'épididyme en vaisseaux, qui forment là un plexus. Lorsqu'il existe des lésions antérieures des vaisseaux, l'effraction de ceux-ci se fera d'autant plus facilement. Dans le varicocèle même léger, ayant passé inaperçu jusque là, les veines, sclérosées souvent dans une grande partie de leur étendue, se briseront sous l'influence d'une contraction crémastérienne ou d'un choc léger. L'épanchement de sang qui en résultera sera plus ou moins abondant : tantôt, il n'y aura que quelques gouttes extravasées, tantôt, au contraire, un hématome considérable se formera, et les bourses prendront un volume proportionnel à l'épanchement.

Nous avons dit que le choc déterminant la rupture vasculaire pouvait être léger ; il est même des cas où il a suffi d'un effort si minime pour produire cette rupture que l'accident pût être considéré comme spontané. Il s'agit alors, selon l'expression de Sébilleau d'un « vrai coup de fouet » périnéal analogue à celui que nous aurons à signaler dans le membre inférieur. Le malade ressent un craquement dans les bourses et rapidement se forme un épanchement sanguin caractérisé par le gonflement du scrotum et l'apparition à la surface cutanée d'une ecchymose plus ou moins vaste.

77. — C'est aussi sous l'influence d'un traumatisme bien léger que pourra se produire la rupture des vaisseaux dans les *hydro hématocèles*. Lorsque cette affection est de vieille date, la vaginale, très altérée par le travail inflammatoire chronique, est devenue très friable. Elle est, de plus, soumise à une hypertension constante du fait de l'épanchement qu'elle renferme; cette hypertension peut, sans dépasser la limite de l'élasticité de la séreuse, se rapprocher tout au moins beaucoup de cette limite. Le traumatisme le plus insignifiant produira la légère augmentation nécessaire à la rupture et le médecin se trouvera en présence d'un scrotum gonflé, ecchymotique, douloureux, qui pourra l'induire en erreur.

Stitelet (1) en rapporte quelques exemples bien caractéristiques. Il considère même la rupture spontanée comme beaucoup plus fréquente que la rupture par effort ou par traumatisme. Baseil (2), au contraire, donne la proportion suivante :

8 ruptures spontanées;
10 ruptures par effort;
13 ruptures traumatiques par choc direct.

Il ressortirait, de cette contradiction entre les deux auteurs, la grande fréquence des ruptures sans traumatisme vrai et, par suite, le peu d'importance de celui-ci dans l'étiologie de l'affection.

78. — Dans les cas que nous venons d'étudier, l'effort, le traumatisme est venu compliquer une maladie le plus souvent déjà connue du blessé. Il est toute une autre catégorie de faits où l'affection dont souffre celui-ci aurait passé inaperçue jusqu'au jour du traumatisme. Dans cette classe, on peut ranger un bon nombre de lésions étiquetées souvent comme les précédentes : orchite par effort. Nous voulons parler surtout de la tuberculose du testicule et des

(1) Th. Lyon, 1901-1902.
(2) Th. Nancy, 1899.

tumeurs de cette glande. Pour bien comprendre comment le blessé peut être absolument de bonne foi en nous présentant la lésion qu'il attribue à une origine exclusivement traumatique, il faut se rappeler combien certaines gens s'observent peu. C'est déjà la remarque que nous avons faite à propos de la hernie. Tous les médecins ayant exercé dans la classe ouvrière seront de notre avis, et il est même fréquent de rencontrer dans des classes plus élevées de la société une inattention telle qu'on nous certifie récentes des lésions évoluant depuis plusieurs mois, quand ce n'est pas plusieurs années.

79. — *L'orchite tuberculeuse*, dit Reclus, a un début brusque par des symptômes douloureux. Il est probable que cette première manifestation n'est que l'indice de lésions existant déjà à l'état latent ; d'ailleurs, à côté de cette forme de tuberculose testiculaire, il en existe une autre où, au contraire, les lésions évoluent lentement, sans grande réaction, et sans éveiller l'attention du malade. Bref, pendant le travail, spontanément, ou à la suite d'un léger effort, l'ouvrier sentira un de ses testicules douloureux. A la palpation, il le trouvera d'une grosseur anormale. N'a-t-il été victime d'aucun traumatisme, que, malgré l'absence d'accident, il trouvera bien dans son travail une explication à la douleur qu'il a ressentie. Il va trouver un médecin et est souvent de bonne foi en lui affirmant que c'est dans le travail, à l'occasion du travail, qu'il a été blessé. Le médecin ne peut constater qu'un fait : la lésion testiculaire. Il se laisse convaincre, croit à « l'orchite par effort », conclut à une incapacité de travail de quelques jours. Mais les semaines se passent et bientôt le diagnostic de tuberculose testiculaire s'impose de par l'évolution. On pourrait admettre que cette tuberculose n'existait pas avant l'accident et n'a fait que se développer sur un terrain prédisposé par le traumatisme. Nous aurons à revenir dans une autre partie de notre ouvrage sur les rapports existant entre le traumatisme et le développement des lésions dues au bacille de Koch. Nous nous

contenterons ici d'indiquer seulement la confusion possible entre la tuberculose mise en évidence par un léger traumatisme et l'«orchite par effort». DUPLAY (1) relate une observation bien typique où le malade ressentit une violente douleur dans un testicule en soulevant un pesant quartier de viande. Quelques jours après, il était facile de reconnaître qu'on se trouvait en présence d'une tuberculose aiguë du testicule, qui évolua rapidement.

80. — Si la tuberculose du testicule passe souvent inaperçue du malade pendant les premiers temps, le fait est peut-être encore plus fréquent quand il s'agit des tumeurs de la glande génitale. Il est presque de règle de ne voir, à la consultation de nos hopitaux, les individus porteurs de tumeurs que lorsque celles-ci ont déjà atteint un volume relativement considérable. Or, ces productions néoplasiques présentent souvent, à la surface, des vaisseaux friables, qui se rompent sous une pression légère. Ici encore, l'ouvrier est de bonne foi, qui vient au médecin en attribuant à un accident, et la douleur qu'il a ressentie, et la tumeur qu'il a constatée à l'inspection des organes génitaux. Le médecin pourra, de très bonne foi délivrer un certificat d'orchite par effort, et seule, la suite des événements viendra éclairer le diagnostic. En voici un exemple :

Le 6 novembre 1902, nous sommes prié par une Compagnie d'assurances contre les accidents de voir avec le docteur L..., médecin traitant, le sieur G.. se disant victime d'un accident du travail arrivé le 28 octobre 1902. G., nous raconte que, ce jour-là, chargeant des sacs de 120 kilogs sur ses épaules, il fut, par suite d'une fausse manœuvre, entraîné en avant. Il fit un effort violent pour se redresser et à ce moment ressentit une douleur assez vive dans les bourses. Il dut interrompre son travail de suite et fit appeler le docteur L.. Celui-ci constata le lendemain que le testitule gauche était gros, très douloureux, surtout dans la région voisine de l'epididyme et fit le diagnostic « d'orchite par effort. » G., niait d'ailleurs avoir eu aucune blenhorrhagie (il en avoua plus tard une remontant à quelques mois); il ne présentait pas à l'auscultation de lésions

(1) *Arch. gén. méd.* 1896.

tuberculeuses. Le Docteur L.. avait conclu à une incapacité de travail d'une dizaine de jours. Son diagnostic, ainsi que son pronostic paraissaient rationnels et nous en avertissions la Compagnie d'assurances tout en faisant des réserves sur la possibilité d'une affection préexistante à l'état latent. Trois semaines après, notre confrère nous priait de revoir avec lui G.. dont l'état semblait s'aggraver. On percevait à la palpation une masse fluctuante, qui, à l'examen à la lumière, ne semblait pas transparente. D'un commun accord, nous fîmes entrer G.. à l'Hôtel-Dieu de Nantes où l'on posa le diagnostic d'hématocèle probable. L'opération fut décidée et exécutée le surlendemain. Mais à l'ouverture, on se trouva en présence non d'une collection liquide, comme avait pu le faire croire la fluctuation nettement perçue, mais d'une masse ayant toutes les apparences d'un sarcome. Sur cette tumeur, en un point répondant à celui où les douleurs étaient perçues avec plus d'acuité, on voyait encore la trace de l'hémorrhagie produite par la contusion, suite de la contraction musculaire. Le diagnostic était donc absolument net, il s'agissait d'une tumeur latente existant avant l'accident. L'examen miscroscopique devait montrer que cette tumeur était non un sarcome, comme on l'avait pensé à l'examen extérieur, mais un épithéliome renfermant des noyaux déjà calcifiés, preuve d'une évolution relativement ancienne. Le traumatisme n'avait fait que révéler la présence de ce cancer en produisant la rupture de quelques vaisseaux.

81. — Dans l'énumération des lésions qui ont pu être confondues avec des orchites, nous devons réserver une place à une affection rare : *la torsion du cordon spermatique* dont il faut rapprocher l'*ectopie testiculaire acquise* par traumatisme ou par effort.

La *torsion du cordon* est rare en dehors de l'ectopie testiculaire (Sébilleau). Cependant, il existe des faits indiscutables où elle s'est produite alors que la glande avait accompli sa migration normale. Un traumatisme, un effort plus ou moins violent, quelquefois un simple accès de toux, un éternuement, suffiraient pour la provoquer. On pourrait même l'observer spontanément. Le début est brusque, se manifestant par une douleur extrêmement violente du côté des bourses avec irradiations dans l'abdomen ; le testicule est gros, douloureux ; au bout de quelques heures il peut y avoir inflammation et le tout peut se terminer, après une évolution plus ou moins longue, soit par suppuration avec élimination du

testicule, soit par atrophie de cette glande, C'est surtout chez les enfants que s'observe la torsion du cordon spermatique, mais on l'a vue aussi chez les adolescents et même chez les adultes. Il faut évidemment une disposition anatomique spéciale pour en permettre la production. Sébileau croit à l'absence du mésorchium, d'où une très grande mobilité du testicule.

82. — C'est aussi une anomalie de conformation qui sera la cause de *l'ectopie testiculaire traumatique :* à l'absence du mésorchium, de Fajole (1) croit qu'il faut ajouter une laxité des anneaux inguinaux pour expliquer ces cas de luxation des testicules ; gonflement du scrotum et des parties voisines, douleur très vive, syncope même, on voit que le tableau clinique ne diffère guère de celui que nous avons déjà tracé dans tous les cas précédents. Il semblerait que la non présence du testicule dans le scrotum et sa situation anormale, soit à l'anneau, soit dans l'aine, sous les téguments, soit même au périnée, puisse facilement éclairer le diagnostic ; malheureusement la douleur rend l'exploration assez difficile et le gonflement du scrotum peut induire le médecin en erreur. Les causes de la lésion, sont, soit un traumatisme violent, soit un effort quelquefois léger, soit un accès de toux ; en somme, elles ne diffèrent pas de celles qui sont à l'origine de toute autre affection traumatique du testicule. Il arrivera souvent que le médecin ne pourra se prononcer que lorsque les symptômes du début se seront apaisés. Le pronostic pourra être sévère en ce sens que l'ablation du testicule sera parfois nécessitée par de violentes douleurs névralgiques. Il en fut ainsi dans un cas où Terrillon (2) dut pratiquer la castration unilatérale.

83. — Que dire de *l'infarctus hémorrhagique du scrotum* dont le début brusque à la suite d'un léger traumatisme

(1) Th. Montpellier 1896.

(2) *Ann. malad. org. urin.* 1885.

peut ainsi prêter à confusion? Son histoire est courte puisque Englisch (1) n'en a relevé que 6 cas dans la littérature médicale. Il y a gonflement du testicule et du cordon spermatique, le scrotum prend l'aspect dû à une affection phlegmoneuse, la douleur est vive surtout au début. Le diagnostic en sera bien difficile au premier abord et ne pourra guère se faire que, si l'on tente une opération, par la découverte d'une veine thrombosée.

84. — A la suite d'un traumatisme ou d'un effort ne peut-on donc pas voir se développer d'orchites vraies? Ces faits sont infiniment rares, mais nous croyons qu'ils existent.

Si la contusion est impuissante par elle-même à créer l'inflammation, on comprend qu'en atteignant l'organisme dans le bon fonctionnement de ses moyens de défense, elle fournit un terrain favorable à l'infection. Qu'une éraillure, si légère soit-elle, existe au niveau de la contusion, et voilà la porte ouverte aux micro-organismes. Mais, en dehors de toute érosion, ce qui est le propre de l'orchite par effort, les microbes pourraient arriver jusqu'à la glande blessée par le canal déférent et se mettre à prospérer dans ce milieu contus alors qu'ils ont respecté les tissus sains par lesquels ils se sont acheminés, Des faits analogues sont assez nombreux dans la pathologie pour que nous n'ayons pas la peine d'insister.

Nous pouvons nous trouver en présence d'une uréthrite blennorrhagique en pleine activité et dans ce cas aucune difficulté d'interprétation. L'infection se fera soit par le gonocoque, soit même par un autre micro-organisme. Dans 2 0 0 des cas d'orchite blennorrhagique, le traumatisme de la glande serait la cause déterminante de la complication. Mais, outre ces uréthrites, si évidentes qu'elles ne prêtent pas à discussion, il en est d'autres au contraire qui semblent guéries depuis longtemps. A peine un petit suintement le matin, une légère adhérence des lèvres du méat urinaire

(1) Soc. impér.-roy. des méd. de Vienne *in Sem. méd.* 7 juin 1893.

viennent-elles révéler au malade observateur que le foyer n'est pas complètement éteint. Au niveau du carrefour génito-urinaire, il y a ce foyer infectieux « prostato-génital » selon l'expression de GUÉPIN, qui sera le point de départ d'où les micro organismes se dirigeront vers le testicule contusionné pour en déterminer l'inflammation.

85. — Parfois même ce léger suintement, indice d'un reste d'inflammation de la muqueuse uréthrale, n'existe plus, et pourtant il subsiste encore un état de microbisme latent. Il semble bien difficile de refaire une virginité à un urèthre une fois infecté et les micro organismes trouveront facilement des replis glandulaires où ils se logeront n'attendant qu'une occasion pour reprendre leur virulence. A l'appui de cette opinion, SÉBILLEAU cite l'observation de IMBERT et GAUJON qui, seize ans après une blennorrhagie, décelaient encore, dans une urine acide et limpide, des bactéries en abondance ; non moins démonstratif est le cas de MACAIGNE et VANVERTS qui assistèrent à l'évolution d'une déférentite double suppurée chez un individu guéri depuis quinze ans d'une blennhorrhagie.

Uréthrite avouée ou cachée, en évolution ou latente, récente ou ancienne, telle est la cause la plus fréquente d'infection d'un testicule traumatisé.

Cependant, et la chose a une extrême importance à notre point de vue, nous n'avons pas le droit de généraliser à *tous* les cas cette formule. L'urine peut renfermer des bacilles, et par conséquent infecter le canal uréthral au passage. Et ce n'est pas seulement dans les maladies générales que le fait se produira. ALBARRAN, HALLÉ, LEGRAND ont relevé le passage de staphylocoques dans l'urine, dans le cas de simples furoncles (1).

Enfin, nous ne pouvons oublier que l'urèthre est un conduit ouvert, communiquant librement avec l'extérieur et que, de ce fait, il est « bactériologiquement suspect. » (SEBILLEAU)

(1) Congr. d'urologie, 1898.

Les recherches de Lustgarten et Mannaberg, de Legrain, de Rovsing, etc. citées par Marcel Sée (1) montrent que ce n'est pas là une simple vue de l'esprit : tous ont trouvé une flore microbienne uréthrale des plus riches et si, chez les individus n'ayant eu aucune infection, chez les enfants, l'abondance des germes diminue au fur et à mesure qu'on avance vers l'urèthre postérieur, cette décroissance ne va pas jusqu'à l'asepsie complète, semble-t-il. Nous ne nous attarderons pas à citer toutes les espèces rencontrées, mais nous noterons avec Sée que le gonocoque n'est jamais un hôte de l'urèthre qui n'a pas été infecté.

86. — Après avoir passé en revue les diverses manifestations qu'on a qualifiées « d'orchite par effort » nous arrivons donc à cette conclusion que le rôle du traumatisme s'est borné le plus souvent à mettre en évidence une lésion jusque là ignorée. Nous croyons que Mollière et Augagneur ont raison lorsqu'ils disent : «... Aussi partageons-nous l'idée de Duplay et de son élève Delome et sommes-nous disposés à conclure comme eux que c'est sur la dissimulation des malades et l'insuffisance de l'examen de l'urèthre que repose l'histoire de l'orchite par effort. » C'est la même idée exprimée par Sebilleau à la fin de son étude : « Je ne crois pas à l'orchite par effort. »

Mais, si, au point de vue scientifique, il n'existe pas à parler rigoureusement, une « orchite par effort », la question se pose différemment en matière médico-légale, lorsqu'il s'agit d'un accident du travail. Elle doit ainsi se formuler : La lésion observée est-elle la conséquence du traumatisme, de l'effort? Dans quelles mesures sont intervenus d'autres facteurs?

Tel est le problème qu'aura à résoudre le médecin et nous résumerons brièvement cette étude en cherchant comment il arrivera à y répondre.

En présence d'un blessé accusant une orchite, le médecin

(1) Th. Paris 1896.

devra établir préalablement l'existence du traumatisme. Pour cela, il se fera minutieusement raconter les faits, en insistant sur les détails. Il se rappellera que toute contusion testiculaire cause une douleur extrêmement vive, pouvant aller jusqu'à la syncope, empêche absolument et immédiatement tout travail. Tout fait ne se présentant pas avec ces caractères devra être écarté.

Une fois tranchée cette question du traumatisme, on devra examiner soigneusement le testicule qui aurait été blessé. Parfois le malade pourra éclairer lui même le diagnostic en donnant des détails précis : par exemple dans le cas où il aurait déjà vu son testicule remonter vers l'anneau.

Nous avons déjà vu les difficultés qu'on aura souvent à reconnaître l'ectopie traumatique ou la torsion du cordon spermatique. Dans les cas douteux, on ne devra pas hésiter à faire toutes les réserves sur la nature de l'accident. Reconnait-on au contraire ce dont il s'agit, il nous semble qu'on ne doit conclure à un accident du travail que dans le cas d'un traumatisme vraiment grave. La disposition anatomique joue le plus grand rôle dans la production de la lésion et la preuve est qu'on peut l'observer soit sous l'influence de la toux, soit même spontanément. Dans le cas même d'un traumatisme très violent, nous devrons faire une part à la grande mobilité de l'organe blessé.

Si l'on est appelé quelques jours seulement après l'accident et qu'on se trouve en présence d'une vraie orchite en évolution, un examen minutieux du malade pourra nous révéler d'où est partie l'infection et on ne laissera passer ni l'orchite des prostatiques, ni l'orchite des goutteux, se montrant souvent avant la première atteinte de goutte, ni celle des saturnins ou des paludéens. La palpation du canal déférent nous indiquera la présence d'une déférentite accompagnant presque toujours l'inflammation de source uréthrale. L'examen de l'urèthre nous fera reconnaître la présence de retrécissements, ou pourra nous montrer des germes spécifiques : bacille de Koch, gonocoque.

Dans tous ces cas, nous pourrons conclure que le trauma-

tisme a peut-être agi comme cause déterminante dans la production des symptômes observés, mais qu'en réalité la vraie cause, la cause efficiente a été la présence d'un germe que n'y pas apporté l'accident.

Mais si nous ne rencontrons dans l'urèthre que des microbes banaux, devrons-nous dire que l'orchite n'a pas été la conséquence de l'accident? Nous ne le croyons pas. Nous disions plus haut que si « l'orchite par effort » n'existait pas au point de vue scientifique, elle pouvait exister au point de vue médico légal. Si nous ne trouvons aucune source d'infection anormale pour expliquer l'orchite, nous devons nous rappeler ce que nous avons dit de la septicité normale de l'urèthre et l'accident doit être tenu responsable de la complication qui le suit.

Nous pensons nous être suffisamment expliqués plus haut sur la tuberculose et le cancer du testicule pour ne pas avoir besoin d'y revenir. Nous ne ferons que signaler l'importance qu'il y a à examiner complètement le blessé pour s'assurer qu'il n'existe pas des lésions de tuberculose pulmonaire ou une affection cancéreuse rendant suspecte la lésion testiculaire.

87. — En résumé, nous ne pouvons admettre comme conséquence d'un accident que les orchites dont un examen approfondi n'a pas pu faire découvrir la cause ; dans toutes les autres, on peut dire que le traumatisme n'a fait que mettre en évidence la lésion existant à l'état latent ; parmi les affections pouvant simuler « l'orchite par effort » seuls les traumatismes caractérisés par de la douleur et des hémorrhagies internes, évoluant en quelques jours vers la guérison, peuvent être imputés complètement à l'accident. Le praticien, répétons-le, devra faire ordinairement des réserves, cette évolution spontanée vers la guérison étant le plus souvent le seul critérium permettant de ne pas faire la confusion avec des lésions beaucoup plus graves : lorsqu'on voit des cliniciens tels que Duplay croire à « une orchite par effort » en présence d'un début de tuberculose testiculaire, on comprend combien la confusion est facile.

Enfin, dans les cas de torsion du cordon et d'ectopie testiculaire, de rupture d'hydrocèle, nous admettons que le traumatisme ou l'effort ne joue qu'un rôle bien insignifiant et dont on ne doit tenir compte que selon la cause et les circonstances de l'accident.

Ouvrages à consulter : Mollière et Augagneur. Art. Testicule (pathologie) in Dictionnaire de Dechambre. — Reclus. Traité de Chirurgie. — Nicolas. Luxations traumatiques du testicule. Th. Paris 1898-99. — Soc. méd. chir. Paris et Soc. chir. Paris C. R. 1902. etc.

3° Les ruptures valvulaires du cœur.

Ruptures traumatiques. — Faits expérimentaux. — Pathogénie. — Faits cliniques : valvules aortiques, valvule mitrale, valvules pulmonaires, valvule tricuspide. — Ruptures par effort. — Expériences de Potain et Barié. — Travail musculaire, effort et pression artérielle. — Faits cliniques. — Symptomatologie. — Marche. — Expertise : immédiatement après l'accident, — longtemps après le traumatisme.

En dehors des plaies ouvertes du cœur par armes tranchantes, coup de feu ou mécanisme analogue, lésions entraînant presque toujours la mort à très brève échéance et ne prêtant pas à controverse, le médecin peut être appelé à se prononcer, soit sur des affections cardiaques à début plus ou moins éloigné de l'accident, soit sur des ruptures valvulaires dont les symptômes se montrent immédiatement après un effort violent ou après un traumatisme de la région précordiale. Nous ne nous occuperons ici que de ces dernières, réservant les affections proprement dites du cœur post traumatiques pour une étude spéciale (V. partie II).

Ruptures traumatiques.

88. — Le premier travail d'ensemble sur les ruptures valvulaires est celui de Barié (1) qui les étudia sous l'inspira-

(1) Recherches cliniques et expérimentales sur les ruptures valvulaires de cœur *Rev. méd.* 1881.

tion de son maître POTAIN, cliniquement et expérimentalement. Opérant sur le cadavre, BARIÉ distendait l'aorte au moyen d'une injection d'eau par la carotide et frappait de coups violents la région présternale. Dans plus de la moitié des cas, il obtint ainsi la rupture d'une ou de plusieurs valves sigmoïdes aortiques. Le choc était obtenu par un maillet de 75 kilogs. Dans aucune de ses expériences, BARIÉ n'est arrivé à rompre la valvule mitrale, la valvule triscuspide, ni leurs tendons. Nous croyons qu'il y a lieu de tenir compte seulement des faits positifs, ces deux dernières valvules, en raison des circonstances particulières d'expérimentation sur le cadavre, ne se trouvant pas dans des conditions favorables à la rupture.

DUFOUR (1) a récemment repris ces recherches chez le chien, en prenant comme sujet l'animal vivant, et se rapprochant ainsi davantage de la réalité. Les résultats ont été constamment positifs : des contusions de la région sternale obtenues à coup de maillet lui ont toujours donné l'occasion d'observer à l'autopsie des ruptures des sigmoïdes aortiques; c'est généralement la valvule postérieure qui est lésée.

89. — Le mécanisme de ces faits s'explique assez facilement : la pression exercée par le traumatisme sur le thorax se transmet, par suite de l'élasticité des parois, aux gros vaisseaux pleins de sang; l'incompressibilité des liquides fait que la pression vient produire son effort sur les valvules, qui sont déchirées. Il est possible d'ailleurs que dans beaucoup de cas où le traumatisme extérieur semble seul en jeu, l'effort entre aussi pour une part. C'est l'explication la plus naturelle de bon nombre de faits cliniques. Si la valve postérieure des sigmoïdes aortiques est atteinte, c'est que le traumatisme extérieur chasse la colonne sanguine vers la portion de la paroi aortique la plus éloignée. BARIÉ pense de plus que la rupture des valvules aortiques aurait lieu si le

---

(1) Des insuffisances aortiques d'origine traumatique. TH. Paris 1896-97.

traumatisme frappe le cœur dans la diastole; tandis que la rupture des tendons de la mitrale se produirait soit dans la diastole, après rupture des sigmoïdes aortiques, soit, plutôt, dans la systole.

90. — A part ces dernières hypothèses qui semblent au moins fort vraisemblables, mais ne peuvent que bien difficilement être contrôlées, la clinique confirme toute les données de l'expérimentation. Comme celle-ci, elle montre l'excessive rareté des lésions autres que celles des *valvules aortiques* et *mitrales*, la prédominance restant d'ailleurs aux premières : Dufour, dans sa thèse, a pu relever 24 cas de rupture traumatique des valvules aortiques. L'origine est le plus souvent un choc violent contre la poitrine, soit coup de brancard, coup de tête, coup de pied de cheval, etc. etc., soit chute sur une marche, sur une rampe etc. etc., soit compression antéro-postérieure entre un timon et une voiture de tramway par exemple. Dans deux cas seulement, la rupture valvulaire fut consécutive à une chute et on peut se demander si le trauma direct n'a pas joué un rôle moindre que l'effort fait par le patient pour se retenir.

La rupture d'une *valvule sigmoïde pulmonaire* est des plus rares. Nous n'en avons relevé qu'un seul cas cité dans les thèses de Dupuich et de Dreyfus. Il a été observé par Wiener à la suite d'une chute sur la région précordiale; à l'autopsie, un an plus tard, on vérifia une déchirure transversale de la valvule droite.

Les cas de rupture de la *valvule mitrale* viennent, comme fréquence, immédiatement après ceux où les sigmoïdes aortiques ont été intéressées. Ils reconnaissent tous comme étiologie soit une chute, soit une pression violente, soit un coup direct.

Quant à la *valvule tricuspide,* on ne connaît qu'une seule observation de sa rupture traumatique. C'est le cas de Todd, dont le blessé avait reçu un coup de poignard dans le côté droit du thorax. A l'autopsie on trouva une rupture des cordons fibreux retenant les valves.

Toutes les observations ne sont pas d'ailleurs d'égale valeur; plusieurs fois, on note dans les antécédents du sujet observé soit le rhumatisme, soit une autre maladie infectieuse. Cependant, le nombre des cas relatés avec précision est assez grand pour qu'on puisse admettre avec certitude la possibilité de la rupture valvulaire par traumatisme direct.

Ruptures par effort.

91. — Potain et Barié ont cherché à fixer expérimentalement la pression suffisante pour rompre les valvules du cœur. Leurs résultats furent assez variables. Cependant, on peut admettre que la rupture se produit, pour les sigmoïdes aortiques, aux environs d'une pression de 30 cm. de mercure.

En pratique, la rupture peut se produire soit pendant un travail musculaire exagéré, soit par suite d'un effort subit (de Quervain)(1).

92. — Le travail musculaire augmente tout d'abord la pression artérielle, mais, rapidement, celle-ci tombe au dessous même de la normale (Chauveau, Kaufmann, Doyon et Morat) L'élévation passagère du début n'est en aucun cas bien marquée et ne paraît certainement pas suffire à provoquer une lésion dans un cœur sain. Si le travail est continu, l'accélération des mouvements du cœur, nécessaire pour suffire aux besoins de la circulation, peut provoquer une dilatation aiguë du cœur, la mort subite même si les coronaires sont insuffisantes, mais nous aurons à traiter ailleurs ce point. Nous ne retiendrons actuellement que l'impossibilité d'une lésion valvulaire par ce mécanisme.

Dans l'effort subit, au contraire, il y a élévation brusque de la pression intra-thoracique. Cette augmentation peut

(1) Des lésions valvulaires du cœur par effort au point de vue des accidents du travail. *Sem. méd.* 21 mai 1902; p. 169.

aller jusqu'à 14 cm. de mercure, ainsi que l'a montré MAREY. Si l'on y ajoute la pression normale du sang dans l'aorte, on se trouve bien près des conditions dans lesquelles POTAIN et BARIÉ ont observé expérimentalement la rupture des sigmoïdes aortiques. L'élévation de pression se fait sentir aussi bien dans le système de l'artère pulmonaire, par suite de la gêne opposée à la circulation du poumon, que dans le système aortique. Mais on doit remarquer que la pression normale dans l'artère pulmonaire est bien inférieure à celle du sang contenu dans l'aorte.

Aussi, n'est-il pas étonnant que la rupture des *sigmoïdes pulmonaires* n'ait jamais été observée à la suite d'un effort, alors que cliniquement on a pu voir se réaliser celle de la mitrale ainsi que des *sigmoïdes aortiques*.

93. — Ces dernières sont les plus fréquentes; elles se produisent soit dans l'action de soulever un lourd fardeau, soit dans celui de pousser un véhicule lourdement chargé, ce dernier acte réalisant bien toutes les conditions de nature à gêner la circulation et consécutivement à élever la pression artérielle. A l'autopsie, on trouve une ou plusieurs valves déchirées ou, plus souvent, arrachées de leurs insertions.

Les *ruptures de la valvule mitrale* ont été observées chez un sujet qui avait fait des efforts violents en ramant (LATHAM), chez des individus s'efforçant de soulever un poids trop lourd. Les autopsies ont montré constamment des ruptures des tendons et non des valves elles mêmes.

Un seul cas de *rupture tricuspidienne* par effort, celui de WILLIAMS, rapporté par DREYFUS, ne paraît pas douteux comme étiologie; encore, le sujet, rhumatisant depuis longtemps déjà, était suspect d'endocardite antérieure. Il semble donc qu'on soit autorisé à conclure que les lésions valvulaires par effort du cœur droit n'existent pas.

Comme dans les ruptures valvulaires traumatiques proprement dites, dans bon nombre d'observations on note une prédisposition évidente : maladies infectieuses, artério sclérose, syphilis, goutte, alcoolisme, tabes, etc.

94. — Le tableau symptomatique des ruptures valvulaires par effort est assez particulier pour ne guère laisser de doute dans la plupart des cas. Trois signes principaux marquent le début : la douleur, la syncope et la dyspnée.

La douleur, très intense, ne fait jamais défaut. Elle est vive, déchirante, à siège précordial. Le malade la dépeint en disant qu'il a senti «quelque chose se déchirer à l'intérieur »; il la compare encore à un « coup de fouet violent dans la poitrine. » Les irradiations dans le cou, les membres supérieurs, les épaules, sont plus fréquentes dans les ruptures spontanées que dans les traumatismes.

La syncope est immédiate; elle manque bien rarement. Le malade de DE QUERVAIN, cependant, put reprendre son travail assez rapidement et terminer sa journée. Il y a en même temps des palpitations. Rarement, la syncope est unique; les attaques se répètent généralement.

La dyspnée est extrême, ce qui s'explique facilement par le trouble jeté dans tout l'appareil circulatoire. A elle seule, elle suffirait pour empêcher le travail.

Enfin, on note souvent des épistaxis, des hémoptysies. Le malade s'affaisse en crachant le sang.

Ces symptômes survenant après un coup violent sur le thorax, ou au moment où l'ouvrier vient de donner un effort excessif doivent déjà donner l'éveil et faire penser à une lésion cardiaque. L'auscultation doit venir confirmer cette impression. La rupture d'une valvule correspond à l'insuffisance immédiate de l'appareil dont elle fait partie. On observera donc de suite les signes classiques d'insuffisance aortique, ou mitrale, ou, beaucoup plus rarement, tricuspidienne ou pulmonaire. Le bruit anormal qui en résulte présente ordinairement un caractère de rudesse qu'on chercherait en vain dans les insuffisances, suites d'endocardites. Un timbre tout particulier de ce souffle peut résulter de la présence d'un tendon arraché, d'un débris de valvule flottant dans le courant et vibrant sous la tension de l'ondée sanguine : il en résulte un bruit de piaulement, répondant, à la palpation, à un frémissement sensible à la main. Ce bruit peut être entendu à

distance comme chez le malade d'HECTOEN dont le souffle d'insuffisance aortique se percevait dans toute la chambre. Enfin, le souffle, au lieu d'être simple, est généralement double ce qui s'explique facilement par la même disposition anatomique qui fait naître le piaulement.

Ces signes d'auscultation se montrent aussitôt après l'accident dans la très grande majorité des cas; cependant, on a pu voir leur apparition retardée, problablement dans des cas où la rupture, d'abord incomplète, s'est achevée progressivement. Ce retard ne peut jamais excéder quelques jours : dans les cas rares où l'on a noté l'apparition des symptômes à une époque plus éloignée : 2 mois, 2 ans, 4 ans même, on est en droit de douter de l'origine traumatique des accidents cardiaques.

95. — Les ruptures valvulaires présentent dans leur marche des particularités non moins grandes que dans leurs symptômes. Il semble que le cœur brusquement troublé dans son fonctionnement ne puisse s'accoutumer à ses nouvelles conditions du travail. On n'assiste pas aux phénomènes de compensation qui sont de règle dans les lésions valvulaires évoluant progressivement. L'asystolie se montre donc avec une grande rapidité : si la période de tolérance est relativement plus grande dans la rupture des sigmoïdes aortiques, il n'en est pas moins vrai que les survies dépassant deux ans sont exceptionnelles. On peut considérer comme une curiosité les cas de BARIÉ, de DUROZIEZ, d'ALVARENGA, où les sujets vivaient encore 10, 11, et 14 ans après l'accident. Cependant, la guérison n'est pas impossible : elle a été signalée par quelques auteurs après un laps de temps variable. Un des faits les plus intéressants est celui cité par CASTIAUX et LAUGIER concernant un malade, victime d'un accident de chemin de fer; 21 ans après le traumatisme, il ne présentait plus trace de l'insuffisance aortique qui l'avait fait indemniser.

96 — Le diagnostic des ruptures valvulaires du cœur devra être fait tantôt immédiatement après l'accident, tantôt après un temps variable.

Si le médecin est appelé à constater l'accident aussitôt après qu'il s'est produit, les signes subjectifs : douleur très vive, syncopale, de la région précordiale, sensation d'angoisse, dyspnée allant jusqu'à l'orthopnée, joints aux signes d'auscultation : souffle d'insuffisance se produisant au niveau de l'orifice lésé, caractères particuliers de rudesse de ce souffle, suffiront généralement pour entraîner sa conviction. Le pronostic devra être réservé : il y a impossibilité de dire immédiatement les modifications que le temps apportera à l'affection cardiaque ainsi constituée brusquement.

Mais souvent le médecin ne verra le blessé que plusieurs semaines après l'accident et le problème sera plus difficile à résoudre. Le premier point à établir, c'est l'existence d'une lésion valvulaire. On évitera la confusion avec les troubles purement dynamiques du cœur : tachycardie, arythmie, si fréquents chez les névropathes, surtout si l'accident a provoqué des symptômes neurasthéniques. L'auscultation devra faire percevoir le souffle caractéristique d'une insuffisance valvulaire, le plus souvent double et de timbre rude ; l'examen général du sujet montrera des troubles de circulation : œdèmes, congestions viscérales, etc.

Une fois constatée l'existence de l'affection cardiaque, on devra vérifier la relation de cause à effet entre cette affection et l'accident dont a été victime le sujet observé. Il sera tout à fait exceptionnel que le malade puisse fournir un certificat médical de date récente attestant l'absence de toute lésion cardiaque. Ce certificat faciliterait singulièrement l'examen du médecin expert, mais il est évident qu'on ne pourra en tenir compte que s'il n'a pas été établi après coup sur des souvenirs plus ou moins précis.

Sans notions précises sur l'absence d'affection cardiaque antérieure, on fixera sa conviction en se basant sur l'aptitude à exécuter des travaux même pénibles, sur l'absence de causes d'infection ou d'intoxication ayant pu porter leur action sur l'endocarde. L'étude des circonstances de l'accident sera faite avec soin : on évaluera l'importance de l'effort, qui doit dépasser notablement la moyenne des exigences ordi-

naires du métier du blessé; on appréciera la violence du traumatisme direct. Le récit fait par le malade des sensations ressenties, les témoignages recueillis sur son attitude aussitôt après le traumatisme, auront une grande importance ainsi que l'évolution des accidents. En se basant sur l'état de santé consécutif, sur la présence ou absence de réactions fébriles, sur la modification des signes d'auscultation, si on peut avoir des renseignements exacts sur ce point, on pourra arriver quelquefois à faire le diagnostic différentiel entre une rupture valvulaire primitive et une endocardite traumatique : la chose a son importance au point de vue du pronostic. En l'absence de tout renseignement, de tout témoignage, autre que celui du blessé, le médecin ne pourra souvent asseoir sa conviction et devra conclure à une probabilité plus ou moins grande selon les symptômes qu'il a sous les yeux.

L'embarras sera encore plus grand lorsqu'il y aura soupçon de lésions antérieures au traumatisme invoqué. Il pourra s'agir par exemple d'un individu touché dans sa jeunesse par une attaque de rhumatisme longue et violente ou par une infection quelconque, ou encore, atteint d'artério sclérose. Son travail aura pu n'être que médiocrement entravé, soit que la compensation se soit bien faite jusqu'ici, soit que le métier auquel il se livre n'exige que peu d'efforts. Cependant, il n'est pas rare de voir un cœur suffisant à peu près à sa tâche pendant longtemps, faillir spontanément et occasionner des troubles graves. D'autre part, une rupture valvulaire peut se manifester sans aucune cause extérieure; on voit des malades s'affaisser brusquement et présenter des accidents graves, qui jusque là offraient seulement des signes de lésions valvulaires bien compensées; chez eux le bruit de souffle perçu à l'auscultation change subitement de caractère, prend le timbre piaulant que nous avons signalé comme caractéristique dans les cas de rupture d'un tendon ou d'une valvule. Barié a noté plusieurs cas de rupture ainsi spontanée. Le médecin devra donc bien se garder d'affirmer la relation de cause à effet lorsque le traumatisme se sera produit chez

un sujet soupçonné de lésions cardiaques antérieures. L'opinion de THIEM, de DE QUERVAIN semble juste : on pourra conclure à la vraisemblance de l'étiologie traumatique, lorsque l'ouvrier *astreint à un travail pénible a pu jusque là suffire aux exigences de son métier.*

Dans le cas où la présence d'une affection cardiaque aura été démontrée antérieurement à l'accident, soit par l'aveu du blessé, ou les renseignements fournis par lui sur des troubles cardiaques, soit par un certificat médical, le médecin devra pourtant se demander s'il n'y a pas eu aggravation de la lésion préexistante et dans quelle proportion. Selon l'expression de BARIÉ, le choc, l'effort violent peut « n'être que le dernier coup porté à un organe déjà malade ». C'est en se basant sur l'âge du patient et l'ancienneté de sa lésion, sur le plus ou moins de troubles qu'il pouvait ressentir avant l'accident, sur la nature de l'accident lui-même, que le médecin pourra établir quelle part faire au traumatisme, quelle part à la prédisposition.

Enfin, avec DE QUERVAIN, et en nous basant sur ce que nous avons exposé plus haut, nous rejetterons absolument comme accidents du travail, les lésions cardiaques succédant non à un effort ou à un traumatisme, mais à un travail musculaire exagéré, continué pendant un certain laps de temps.

OUVRAGES À CONSULTER : DREYFUS. *Ruptures valvulaires consécutives au traumatisme et à l'effort.* Th. Paris, 1895-96. — CASTIAUX et LAUGIER. *Lésions valvulaires du cœur consécutives à des contusions des parois thoraciques.* Cong. internat. méd., 1900. Sect. méd. légale. — DELHOMMEAU. *Étude médico-légale des lésions valvulaires aortiques consécutives aux contusions du thorax,* Th. Paris, 1901-02.

4° LE PNEUMOTHORAX PAR EFFORT.

Pneumothorax brusque sans traumatisme. — Pneumothorax par traumatisme certain. — Pneumothorax des conscrits. — Pneumothorax dans l'effort. — Physiologie de l'effort. — Lésions pulmonaires préexistantes. — Conclusion.

97. — Le pneumothorax étant l'ensemble des troubles déterminés par l'introduction de l'air dans la cavité pleu-

rale, peut se produire soit par lésion de la plèvre pariétale, soit par lésion de la plèvre viscérale.

La lésion du poumon, cause du pneumothorax, peut être absolument évidente. Quoique, chez les tuberculeux avancés, dans les cas surtout où l'affection a évolué lentement, on rencontre plus rarement cet accident que dans les tuberculoses aiguës ou subaiguës, par suite des adhérences pleurales ayant eu le temps de se former, on observe pourtant parfois le pneumothorax chez ces malades. L'auscultation du poumon respirant encore, en dévoilant des lésions anciennes démontre la nature du pneumothorax au cas bien rare où il pourrait y avoir discussion. Le plus souvent, l'ouverture de la plèvre s'est faite spontanément, quelquefois pendant le travail, si l'ouvrier a eu le courage de ne pas interrompre ses occupations, mais il n'y a là qu'une simple coïncidence. Un ensemble de circonstances pourrait cependant induire en erreur le malade lui même. Nous avons eu occasion d'observer un homme qui, au cours d'une discussion violente, se sauvait devant son adversaire, poursuivi par celui-ci le bâton levé. A peine avait-il fait quelques pas qu'il s'affaissait croyant avoir reçu un coup violent dans le thorax. Il fut transporté à l'hopital dans un état dyspnéique intense. Telle était la version qu'il donnait. Or, le témoignage de tous les individus présents était formel : aucun coup n'avait été porté. L'examen du sujet ne montrait d'ailleurs aucune trace de violence extérieure, mais un pneumothorax total du côté où avait été ressentie la douleur; du côté opposé, il existait des signes de tuberculose avancée ayant évolué de façon aiguë, d'après l'histoire clinique du malade. Les faits s'expliquaient d'eux mêmes : l'homme avait été surpris par la rupture de sa plèvre et c'était la douleur déchirante du début du pneumothorax qui lui avait fait croire à un coup. On ne doit donc jamais accepter de confiance la version donnée, même de bonne foi, par le malade observé ; ce n'est qu'un examen non seulement de la partie lésée, mais de tous les organes, qui peut permettre au médecin d'asseoir son diagnostic sur des bases sérieuses.

98. — Tout à l'opposé de ces cas se placent ceux dont l'origine traumatique apparaît si nettement qu'il ne peut y avoir lieu à discussion : il en est ainsi par exemple, lorsqu'il y a plaie pénétrante de la poitrine, soit que la paroi soit seule intéressée, soit que le poumon sous jacent ait été lésé. De même, dans les fractures de côtes, sans plaie extérieure, un fragment osseux peut pénétrer dans le poumon et produire le pneumothorax avec ou sans emphysème sous cutané.

La fracture de côtes n'est pas d'ailleurs indispensable pour provoquer l'apparition du pneumothorax. Une simple contusion peut produire le même résultat. Breschet, Boyer, Gosselin, en ont observé des exemples typiques. On comprend facilement que certaines conditions puissent favoriser la rupture de la plèvre viscérale : le poumon, surpris par un choc, alors qu'il est en inspiration, se trouvera pris entre la résistance de l'air et celle du corps heurtant la paroi thoracique et une déchirure de l'organe pourra s'en suivre. On peut se demander pourtant jusqu'à quel point n'intervient pas une prédisposition et si une altération des tissus n'a pas préalablement affaibli leur résistance. Il y a là une question à résoudre dans chaque cas en particulier. C'est l'examen rigoureux du sujet, l'analyse des circonstances, l'appréciation de la violence exercée, soit par sa mesure directe, si la chose est possible, soit par les effets contusifs produits superficiellement, qui fera attribuer une plus grande part dans la genèse des désordres organiques, soit à l'accident lui-même, soit à la constitution maladive du blessé. On devra tenir le plus grand compte des troubles de la respiration antérieurs à l'accident, car il existe une forme de pneumothorax observée chez les tuberculeux, et caractérisée par une latence obsolue : pas de début brusque, pas de point de côté. (Augereau) (1).

99. — Le rôle du médecin sera beaucoup plus délicat encore lorsqu'aucune trace de violence extérieure ne vient

(1) Th. Paris 1896-97.

attester l'accident et que le porteur du pneumothorax fait remonter l'origine de son mal à un effort. GALLIARD, dans une série d'études cliniques et de recherches statistiques a appelé l'attention sur un certain nombre de ces faits. Il s'agit généralement d'un sujet jeune, ayant présenté jusque là les apparences de la meilleure santé, n'ayant même jamais subi aucune maladie. A l'occasion d'un effort plus ou moins grand, ou spontanément, il y a sensation de déchirure interne thoracique, point de côté plus ou moins violent, douleur angoissante : l'homme est obligé de s'arrêter, de cesser son travail. Les accidents vont souvent en augmentant d'intensité pendant quelques jours. Puis, peu à peu, tout se calme et, le plus souvent, la guérison apparaît au bout de quelques semaines. Il n'en est pas toujours ainsi ; dans 10 0/0 des cas relatés, on a vu arriver la mort. Cette affection se montre le plus souvent chez les hommes ; on l'a notée en Angleterre plus fréquemment que dans les autres pays, peut-être comme on l'a dit, parce que c'est là le pays des sports et des efforts corporels violents, peut être plutôt, pensons-nous, parce que l'attention des médecins y fut appelée sur ces faits antérieurement aux autres régions.

Ce pneumothorax, *le pneumothorax des conscrits*, comme a proposé de le dénommer GALLIARD, par allusion à l'âge auquel il se montre, présentait déjà un grand intérêt du fait de son évolution clinique particulière et de son pronostic bénin. Les lois sur la protection des ouvriers appellent à nouveau l'attention sur lui. Peut-on, en effet, le considérer comme le résultat d'un accident du travail ?

100. — Une analyse physiologique de l'effort pourrait, *a priori*, permettre de conclure à la possibilité du pneumothorax comme en étant la conséquence. Dans l'effort, en effet, la glotte étant fermée après une aspiration profonde, l'air contenu dans le poumon se trouve fortement comprimé par les muscles expirateurs, de façon à donner un solide point d'appui aux membres et aux muscles abdominaux. Mais, en fait, cette pression anormale qui se répartit sur la paroi des al-

véoles pulmonaires suffit-elle pour en déterminer la rupture? Le simple raisonnement suffirait à montrer qu'il n'en est rien. Les cas de pneumothorax apparaissant à la suite d'un effort sont infiniment rares comparés au nombre de cas où l'homme se livre à des travaux de force. Dans le travail de l'accouchement où se produisent des efforts répétés et très violents, nous ne croyons pas qu'on ait jamais signalé de rupture de la plèvre.

L'étude expérimentale montre d'ailleurs que le tissu pulmonaire oppose une très forte résistance à la pression. Galliard cite des travaux de West qui n'est pas arrivé à rompre le poumon sain sous la pression d'une colonne d'eau tant que cette colonne a été inférieure à trois mètres de hauteur; West et Hutchinson reprenant ces expériences avec une colonne de mercure, ont confirmé ces données, en montrant qu'il fallait une colonne de mercure de 25 à 30 centimètres pour aboutir au résultat cherché. Ces pressions sont supérieures à celles supportées dans les efforts même considérables.

Il y a eu peu d'autopsies pratiquées, mais la concordance est complète entre elles et avec les données précédentes : *toutes les fois qu'on a pu observer le poumon à la suite de mort par pneumothorax, soi-disant par effort, on a trouvé des lésions pulmonaires ayant préparé la déchirure.*

L'accord est fait sur la question entre tous les auteurs qui l'ont étudiée : « Un poumon, absolument, rigoureusement sain, ne doit pas céder sous l'influence d'un effort, » dit Galliard. Jaccoud enseigne qu'un pneumothorax, même lorsqu'il semble primitif, ne l'est jamais. Ewald et Kobert (1) prétendent pourtant que, sous des pressions relativement faibles, le poumon serait perméable à l'air qui pourrait ainsi pénétrer dans la cavité pleurale sans *effraction*; cette notion est tellement contraire à tout ce que montre la clinique que l'on doit faire les plus expresses réserves sur sa réalité.

---

(1) Cités par Wertheimer, in *Dictionnaire de physiologie* de Richet.

On constate comme lésions, la présence de vésicules emphysémateux. Le pneumothorax n'est pas une lésion souvent observée chez les grands emphysémateux. S'il se montre chez eux, il apparaît d'ailleurs sans grand fracas ordinairement et sa gravité ne se dessine que peu à peu au point que la mort frappe le malade dans les deux tiers des cas. Mais, dans le pneumothorax des conscrits, il s'agit d'un emphysème discret, localisé à quelques vésicules, emphysème primitif quelquefois, ou emphysème dit *vicariant* à la suite d'une lésion en un autre point du territoire pulmonaire, parfois du côté opposé. Il n'y a pas seulement amincissement des parois de l'alvéole pulmonaire, la plèvre sous jacente est atteinte, atrophiée. ZAHN a insisté sur le rôle pathogénique de cette dernière lésion. Sans elle, l'air, après avoir rompu l'alvéole, fusera dans le tissu cellulaire pour venir produire l'emphysème sous cutané : c'est ce qui explique la production de celui-ci dans certains cas où on l'observe à l'exclusion du pneumothorax.

101. — La tuberculose peut être en cause comme origine de ces points d'emphysème localisé : on a appris à connaître combien, loin de s'exclure, les deux lésions *emphysème* et *tuberculose* s'appellent fréquemment. Le bacille de KOCH doit être incriminé encore probablement dans bon nombre de cas où le pneumothorax pourrait sembler primitif. C'est, en effet, au début de la tuberculose, alors que les plèvres n'ont pas encore réagi par formation de fausses membranes qu'il est dans les meilleures conditions pour se produire. Un seul tubercule sous jacent à la plèvre en évoluant rapidement peut aboutir à la perforation et provoque l'introduction de l'air dans sa cavité. Et la lésion peut être si minime qu'elle ne s'accompagne d'aucun retentissement sur l'état général. A côté du pneumothorax des emphysémateux latents, il faut donc placer celui des tuberculeux latents, le premier pouvant d'ailleurs n'être parfois qu'une modalité du second.

La distinction a son importance, tant en raison particulière du traitement à instituer qu'au point de vue qui nous

occupe. Si le pneumothorax de l'emphysémateux latent produit par une lésion très restreinte du poumon comporte un pronostic favorable dans le plus grand nombre des cas, il en est tout autrement lorsque la cause en est la fonte d'un tubercule. L'infection spécifique ne se localisera pas forcément au point où a eu lieu l'affection; la production du pneumothorax pourra n'être que le premier épisode d'une tuberculose évoluant plus ou moins rapidement, qu'il faudra bien se garder de mettre sur le compte d'un accident du travail. On conçoit que le malade aura toujours, et même de bonne foi, tendance à accepter cette dernière interprétation. Dès le début, on s'efforcera donc, autant que possible, d'asseoir solidement son diagnostic. L'étude des antécédents familiaux, l'examen des enfants du malade s'il y a lieu, l'état de santé antérieur à l'affection observée, l'auscultation soigneuse du poumon opposé, la marche de la température aux divers moments de la journée, tels sont les éléments essentiels qui fixeront plus ou moins la conviction du médecin et l'aideront à pronostiquer l'avenir du sujet observé.

102. — Quant au pneumothorax lui-même, devra-t-il être considéré comme résultant d'un accident du travail? De tout ce que nous avons vu, il résulte que l'effort peut en être la cause occasionnelle, mais qu'à lui seul, il est totalement impuissant à le produire. Nous avons eu déjà occasion, à propos de la hernie, de nous expliquer sur le rôle de l'effort comme origine de lésions corporelles. Avec la plupart des auteurs qui se sont occupés de la question, avec l'Office impérial allemand, avec la jurisprudence française et étrangère la plus répandue, nous dirons que pour être considéré comme accident, par définition, l'effort doit être anormal, sortir de ce qui est demandé dans l'exercice ordinaire de la profession. Il n'a autrement « d'autre importance que d'être l'occasion révélatrice d'altérations préexistantes, restées latentes » (RAFFAELLE).

L'analyse des faits montre que dans la plupart des cas l'effort n'a pas rempli les conditions exigées pour constituer

l'accident. C'est en jetant à terre un fardeau, en martelant, en soulevant un enfant, en sonnant du clairon, que les sujets ont été subitement atteints. L'effort a pu être moins violent encore : le malade de SOUQUES (1) venait de porter un poids de 20 kilogr., ce qu'il faisait chaque jour dans sa profession de commis de libraire; celui de MAILLARD et LASSERRE (2) ressent le point de côté initial en se baissant pour mettre ses bottines, un autre, en balayant, un autre, en collant des affiches. Bien plus, dans 21 cas sur 37, aucun effort, si minime qu'il soit, ne peut être invoqué (GALLIARD).

On est en droit de conclure que le *pneumothorax par effort* n'existe pas : il y a une simple coïncidence. D'après ce que nous voyons, on peut dire que, toujours, la lésion pulmonaire, était arrivée à ce point où la rupture des tissus était imminente; elle se serait produite sous l'influence même d'un acte physiologique : défécation, éternuement (STILLER) (3), etc., et l'effort n'a fait qu'avancer de quelques heures un dénouement absolument fatal.

3° HÉMOPTYSIE; HÉMATÉMÈSE; HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

a) *Hémoptysie* : Fréquence de l'hémoptysie dans le travail. L'effort ne peut provoquer une hémoptysie chez un sujet sain, mais il peut le faire s'il y a déjà des altérations pulmonaires. — Hémoptysies précoces et tardives. — Sur quoi se baser pour établir s'il y a ou non accident.

b) *Hématémèse :* L'effort ne la provoque jamais que s'il y a lésion préexistante.

c) *Hémorrhagie cérébrale*, *apoplexie* : Influence de l'état des vaisseaux cérébraux. — Jurisprudence étrangère et française.

Nous étudierons dans la seconde partie, les cas où une contusion du thorax ou de l'abdomen a pu produire soit une hémoptysie, soit une hématémèse en lésant un organe primi-

---

(1) *J. des pratic.*, 2 déc. 1899.

(2) *Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 nov. 1902.

(3) *Wien méd. Wochensch*, 4 mai 1901.

tivement sain. Ici, nous n'avons en vue que les cas où l'ouvrier rapporte à un effort la production de l'hémorrhagie.

a) *Hémoptysie.*

103. — Les nombreuses décisions qui ont déjà été rendues dans les cas d'hémoptysies par les tribunaux allemands et français, montrent l'intérêt de la question. Nous avons déjà vu que l'effort provoque à l'intérieur du thorax une élévation de pression qui se fait sentir dans toute la circulation intra pulmonaire. Mais il semble absolument démontré que dans les circonstances ordinaires, la rupture des vaisseaux ne peut se produire sous l'influence de cette élévation de pression, lorsque les organes sont rigoureusement sains. Il s'agit, la plupart du temps, d'une lésion relativement minime, restée ignorée jusque là. Tous les praticiens ont observé des malades chez lesquels le premier symptôme évident de la tuberculose pulmonaire était une hémorrhagie se produisant spontanément ou à la suite d'un effort léger, souvent insignifiant, au moment de la défécation, du coït... De ce que l'état de santé du patient semble excellent, on n'est pas autorisé à conclure que l'hémorrhagie est le début du processus; l'ancien adage : *phtisis ab hemoptoe*, est reconnu faux depuis qu'on sait mieux l'évolution de la tuberculose dans ses débuts.

Ferrette et Laval (1) rappellent l'opinion de Thiem : « *Les hémorrhagies pulmonaires qui se manifestent à la suite d'un effort corporel supposent toujours une tuberculose pulmonaire ou une altération quelconque des parois vasculaires. Au contraire, chez l'individu sain, jamais un effort ne sera capable de déterminer une hémorrhagie pulmonaire* »; Borri n'est pas moins affirmatif; Ferrette et Laval croient eux-mêmes que les cas où une hémorrhagie pulmonaire se produirait chez un individu sain, sont au moins infiniment rares. Ils font des réserves seulement en ce qui concerne les hémophi-

(1) Les accidents du travail. Paris, 1901

les, qui sont des individus morbides ; STERN (1) est d'un avis identique.

Nous pouvons donc considérer comme admis le principe *qu'une hémoptysie ne peut être provoquée par un effort s'il n'existe pas dans le poumon un processus morbide latent ou déjà manifeste.*

104. — Mais ces données préliminaires ne nous permettent pas d'écarter systématiquement les hémoptysies des troubles que peut provoquer un accident du travail ; si celui-ci agit sur un poumon déjà malade, il n'en jouera pas moins le rôle de cause occasionnelle et, comme tel, entraînera une responsabilité patronale. Mais ici il n'y a plus que des questions d'espèces comme le montre fort bien un jugement de l'Office impérial allemand, en date du 23 septembre 1899 (2) :

Une hémoptysie est un processus pathologique, dont l'apparition peut bien, *dans certaines circonstances*, être la suite d'un accident.... Si un ouvrier souffrant déjà d'une affection pulmonaire est atteint d'une hémoptysie au cours d'un travail habituel ne demandant aucun effort extraordinaire, il y a là une rencontre fortuite et non la cause de la lésion ....

C'est d'après ce principe que l'Office impérial a constamment rendu ses arrêts. Si l'ouvrier accomplissait au moment du crachement de sang une tâche particulièrement pénible demandant des efforts extraordinaires, dépassant notablement la moyenne de ce qu'on peut exiger d'un homme sain, on admettra l'accident. Si au contraire, c'est au cours de la besogne journalière que s'est déclarée l'hémorrhagie, on devra penser à une simple coïncidence et écarter l'idée d'accident.

105. — Il pourra arriver que l'ouvrier attribue une hémoptysie à un effort corporel qu'il aura fait plusieurs heures

(1) Ueber traumatische Entsehung der inneren Krankheiten. Iena 1900.

(2) Cité par STERN.

auparavant. BORRI (1) en donne un exemple intéressant. Il s'agit d'un homme qui, en portant une traverse de 60 kilog., environ sur son épaule, fit un faux pas, et prétendit s'être donné un « effort » en se redressant. Il continua son travail toute la journée, et, dans la nuit seulement, il fut pris de crachements de sang abondants. L'ouvrier demanda à être couvert par l'assurance contre les accidents du travail. BORRI, chargé de l'expertise, conclut au rejet de sa demande, considérant que l'accident ne pouvait être considéré même comme la cause occasionnelle de l'hémorrhagie. Il était en cela de l'avis de STERN, de BLASIUS, de FERRETTE et LAVAL, etc. Ces derniers rapportent l'avis de BLASIUS qui vaut d'être cité : « Il est impossible d'admettre que, étant donné une déchirure du tissu pulmonaire, l'hémorrhagie ne se révèle que trois ou quatre heures après. De telles hémorrhagies sont immédiates, puisque le sang qui est chassé par le cœur où il se trouve soumis à une forte pression, passe tumultueusement dans les voies aériennes où il ne rencontre aucune résistance, ce qui le force à paraître, sinon immédiatement, du moins très rapidement à l'extérieur.

106. — En résumé, pour savoir si une hémoptysie reconnaît pour cause *occasionnelle* un accident du travail, on devra élucider avec soin les circonstances de fait. Y a-t-il eu ou non un effort extraordinaire? L'hémorrhagie s'est-elle produite immédiatement ou dans les quelques instants qui ont suivi? Quel est l'état du poumon : tuberculose plus ou moins avancée, ou lésions à peine décelables?

Cette dernière question a son importance si l'on admet que l'accident a joué un rôle. L'importance de ce rôle variera avec le degré de la lésion antérieure. La responsabilité patronale ne peut être la même si l'hémorrhagie s'est produite chez un sujet porteur de cavernes qui devaient fatalement amener la mort à très bref délai, ou au contraire, si l'hémoptysie est

(1) Lesioni traumatiche di fronte ai codici penale e civile ed alla legge sugli infortuni del lavoro. Milano, 1899.

venue donner un coup de fouet à une tuberculose au début qui n'aurait probablement pas guéri, mais aurait pu laisser de longues années de vie au malade.

b) *Hématémèse.*

107. — Ce que nous avons dit de l'influence de l'état préexistant du poumon sur la production des hémoptysies peut aussi s'appliquer à la pathogénie des hématémèses survenant par effort brusque dans le travail. Il n'est pas douteux que l'effort n'augmente la pression dans la cavité abdominale ; c'est sous l'action de cette augmentation de pression que se produit la sortie des hernies. Mais, il ne semble pas qu'on ait jamais cité un fait probant où l'hémorrhagie aurait pris naissance dans un estomac absolument sain, au moment d'un effort.

Il n'en est plus de même si le malade est porteur d'un ulcère de l'estomac latent ou à peine guéri, d'une lésion cancéreuse même minime. La friabilité particulière des vaisseaux explique combien plus facilement se produira leur rupture dans ces cas. Stern, dans une série d'exemples longuement commentés, montre que les hématémèses par effort reconnaissent toujours pour cause véritablement efficiente cette altération vasculaire primitive.

Ici encore, on pourra admettre comme cause occasionnelle l'effort lorsqu'il aura été extraordinaire. Chaque cas particulier comportera donc sa solution spéciale. C'est ainsi que l'Office impérial allemand a refusé d'admettre le rapport causal dans un cas où, pendant l'acte de soulever des sacs pesant de 30 à 120 livres, au plus, s'était produite une hématémèse mortelle. (Cité par Stern.)

c) *Hémorrhagie cérébrale.*

108. — Les lésions des vaisseaux cérébraux qui sont la cause de l'hémorrhagie cérébrale sont tellement spéciales, qu'il semble que la question de rapport entre une attaque d'apoplexie et le travail ne puisse guère se poser. Le public

non médical peut bien attribuer l'apoplexie cérébrale à une congestion des centres nerveux; le médecin sait que les artères du cerveau, dans leur état normal, sont suffisamment fortes pour résister à la poussée de l'afflux sanguin. Si elles se rompent, c'est parce que leurs tuniques sont le siège d'une altération bien connue maintenant : anévrysmes microscopiques, le plus souvent dus à un processus lent de cause interne. Évidemment, l'effort peut jouer un certain rôle, mais ce rôle est minime, ne fait qu'avancer de peu le moment où se serait produite la rupture vasculaire.

Nous sommes donc dans des conditions tout à fait analogues à celles dans lesquelles l'hématémèse se produit au moment d'un effort. L'État pathologique est le résultat de deux facteurs : effort corporel et lésion préexistante; mais. le rôle de celle-ci est de beaucoup le plus important.

L'Office impérial allemand a eu à juger quelques cas où l'hémorrhagie cérébrale s'était produite pendant le travail. Les principes qui l'ont guidé dans l'attribution ou le rejet de l'indemnité ont été ceux que nous avons exposés déjà à plusieurs reprises. S'agit-il d'un fait anormal, d'un effort vraiment extraordinaire, on doit admettre un certain rapport de causalité entre le travail et l'apoplexie. L'ouvrier, au contraire, a-t-il été frappé au milieu de ses occupations habituelles, on ne doit voir là qu'un épisode au cours d'une évolution pathologique lente.

Le Tribunal de Grenoble (23 juillet 1900) a eu à juger un cas d'hémorrhagie cérébrale ayant frappé un ouvrier pendant son travail. Un premier certificat médical incriminait les efforts extraordinaires faits pour retenir une lourde cuve. Un second certificat mettait en cause l'état des artères et l'émotion causée par une altercation avec un camarade. L'arrêt, très motivé, a déclaré que la précision, indispensable pour établir la responsabilité, faisait défaut.

109. — Nous insisterons en terminant sur un point qui semble être l'objet d'une confusion de la part de certains auteurs : il ne suffit pas que le travail joue un rôle quelconque

dans la production de l'hémorrhagie pour qu'on admette le principe de la responsabilité patronale, il faut qu'il y ait un véritable *fait anormal*. Certaines professions forçant à travailler dans une température surélevée, dans une position penchée peuvent bien créer des conditions particulières favorisant la congestion cérébrale. L'hémorrhagie ne pourra pourtant pas être dite le résultat d'un accident, qui n'aura pas existé; elle ne sera que le dernier acte d'une maladie ayant une étiologie peut être en partie professionnelle. Vouloir dans ce cas la considérer comme un accident, c'est prendre l'effet pour la cause, confusion que nous avons déjà signalée au chapitre premier; c'est faire deux fois cette faute de considérer la lésion corporelle comme l'accident lui même quand elle n'en est que le résultat, et de faire de l'hémorrhagie la lésion elle même, alors qu'elle n'en est qu'un symptôme.

6° Le lumbago. — Le coup de fouet.

Imprécision du mot lumbago. — Diverses espèces de lumbago : traumatique, rhumatismal, par effort. — Torticolis et tortithorax, — Coup de fouet : ce qu'il faut entendre par ce terme. — Etiologie. — Conclusion.

110. — Il n'est guère d'affection qui soit plus souvent invoquée dans les centres ouvriers comme cause d'incapacité temporaire de travail, que le *lumbago* ou *tour de reins*. Les médecins sont portés à admettre les dires du soi-disant blessé d'autant plus aisément que ce terme si vague permet une imprécision facile dans un diagnostic souvent difficile.

Sous cette dénomination on arrive à ranger ainsi des lésions fort diverses de nature et frappant des organes différents. Toute douleur de la région lombaire est facilement étiquetée *lumbago* par le vulgaire. Une analyse plus précise permet de reconnaître des maladies des articulations vertébrales, des masses musculaires sacro-lombaires, des nerfs de la région, de la moelle épinière, des viscères profonds eux-mêmes.

111. — Dans certains cas, un choc a déterminé l'apparition de la douleur ; il y a eu accident non douteux, traces de contusion en un point déterminé ; le diagnostic reste bien à faire sur le siège exact des organes contus, mais il n'y a pas de doute sur la nature accidentelle du fait en lui-même. Les cas où une chute sur le siège ou sur les pieds détermine une commotion de la moelle épinière, s'accompagnant parfois de troubles des sphincters, de paraplégies des membres inférieurs, ne prêtent pas plus à discussion (1). Ce n'est que par une regrettable confusion qu'on peut parler de lumbago dans ces cas et nous avons été étonnés de trouver dans l'excellente thèse de WAGNER (2), ainsi désigné, un fait où il y avait paraplégie incomplète et où 66 jours d'incapacité de travail suivirent une contusion lombaire.

Mais où commence la difficulté c'est lorsque le patient fait remonter l'origine de son mal à un effort plus ou moins violent qu'il aurait dû accomplir dans son travail. Aucun signe extérieur ne vient appuyer cette déclaration ; les tissus superficiels ou profonds semblent intacts le plus souvent ; pourtant parfois, une tuméfaction en un point de la masse musculaire est l'indice d'un petit hématome, résultat de la rupture de quelques fibres musculaires.

Il peut s'agir d'une névralgie simple dont on pourra déterminer les points douloureux maxima ; un examen soigneux de l'appareil urinaire, un interrogatoire minutieux portant sur les antécédents fera éliminer une affection rénale ; néphrite, lithiase, phosphaturie, qui peut souvent en imposer pour un lumbago simple (GOLEBIEWSKI). On devra penser à la rachialgie possible au début de certaines maladies aiguës ; on a fait remarquer combien de fois le même fait avait été classé à quelques jours de distance d'abord sous la rubrique lumbago, puis sous celle de fièvre éruptive, de néphrite aiguë.

---

(1) LEUDET. *Arch. gén. méd.* 1863.

(2) WAGNER, Première pratique méd. de la loi sur les acc. du trav. Th. Paris, 1901-1902.

On devra aussi se rappeler les douleurs du mal de Pott au début, et celles de certaines sacro-coxalgies.

Bien souvent encore (ce semble même être la règle générale), ce qu'on désigne sous le nom de lumbago est une manifestation du rhumatisme articulaire aigu, se portant soit sur les articulations vertébrales elles-mêmes, soit sur les masses musculaires, soit sur la moelle (1) : rhumatisme articulaire, musculaire ou spinal. Ce qui fait incriminer le plus souvent un accident, même de bonne foi, c'est le début brusque. Généralement à l'occasion d'un mouvement quelconque, au moment où le sujet se relève il sent, tout à coup, une violente douleur dans la région des lombes, assez forte parfois pour lui arracher un cri. Aucun prodrome n'avait précédé cette douleur, sinon bien rarement; si l'on peut avoir des renseignements sur les antécédents, on apprendra du blessé que ses parents sont arthritiques, qu'il a déjà eu des attaques de rhumatisme, et même qu'il n'est pas à sa première crise de lumbago, car nous sommes en présence d'une maladie essentiellement à répétitions. La pression sera douloureuse soit en un point bien déterminé de la masse musculaire, soit plus souvent bilatéralement, soit au milieu d'une vertèbre donnée. Le repos, quelques grammes de salicylate de soude calmeront souvent rapidement tous ces symptômes douloureux. Giraud (2) a noté nombre de faits où les évènements se sont passés de la sorte quoique l'ouvrier affirmât qu'il y avait eu effort. C'est le cas d'appliquer l'adage : *naturam morborum monstrant curationes*. On s'explique facilement que la douleur puisse n'apparaître que soudainement à propos d'un mouvement inusité, alors que les mouvements habituels laissent en repos l'articulation atteinte.

112. — Ce n'est pas qu'on doive rejeter systématiquement l'origine traumatique du lumbago. L'effort peut occasionner, nous l'avons déjà dit, une rupture musculaire que

(1) Picaud. Lumbago et rhumatisme spinal, Th. Paris, 1898-99.

(2) Giraud. Des blessures simulées dans l'industrie, Th. Paris, 1895.

ne permettra de déceler aucun signe extérieur, une entorse de la colonne vertébrale, une entorse sacro-iliaque à douleur bien localisée, voire même la rupture de quelques fibres des muscles fessiers (1). Mais encore faut-il prouver qu'il y a eu vraiment effort : on est aisément porté à s'exagérer la valeur d'un mouvement qui vous a causé une violente douleur et l'ouvrier admettra plus volontiers l'idée d'un « tour de reins » que celle d'une douleur rhumatismale spontanée.

L'effort anormal est-il bien constaté? on devra admettre l'origine accidentelle. Au contraire, se trouve-t-on en présence d'un cas douteux, s'il s'agit d'un ouvrier travaillant souvent dans une position courbée, et dans un millieu humide et froid, ayant eu des réveils de diathèse arthritique sous une forme quelconque, si la douleur est bilatérale on devra penser à un cas plutôt pathologique que traumatique. L'action de la médication permettra souvent de trancher le diagnostic. Si le médecin doit délivrer son certificat dès le premier jour, il devra être fort circonspect et n'émettre que des possibilités; les événements se chargeront souvent d'apporter un rapide démenti à une affirmation trop formelle.

113. — Dans le même groupe que le lumbago doit se ranger le *torticolis* qui reconnait exactement les mêmes causes et ce qu'on a désigné en Allemagne sous le nom de *tortithorax*. Les règles sont les mêmes pour déterminer la nature accidentelle ou non de ces faits et du lumbago proprement dit.

114. — Comme le mot lumbago, le terme de *coup de fouet* sert à désigner des lésions dissemblables. On nomme ainsi cependant le plus communément une rupture de varices profondes se produisant au membre inférieur et s'accompagnant d'une vive douleur. Par extension, on a aussi nommé *coup de fouet* des ruptures tendineuses ou musculaires arrivant

(1) Lardennois. Sur une variété non décrite du lumbago par effort musculaire. *Un. méd. du N. E.*, 30 Déc. 1900

brusquement en quelqu'autre partie du corps. Il semble qu'il n'y ait rien à gagner à cette imprécision, et nous ne parlerons ici que du *coup de fouet* type du membre inférieur. Il est d'autant plus intéressant de bien préciser sa pathogénie que l'incapacité qu'il entraîne à sa suite peut se chiffrer par plusieurs semaines, même par plusieurs mois : dans une observation de CLARY (1), au bout d'un an, il existait encore de la faiblesse du membre blessé.

Il n'est pas douteux qu'un choc puisse provoquer la rupture des varices ; on sait combien les parois des vaisseaux sclérosés deviennent friables, fragiles et se rompent sous l'influence d'un léger traumatisme. Mais, dans le coup de fouet, il n'y a pas eu choc même léger et la lecture des observations est bien instructive au point de vue de l'étiologie : c'est en jouant, en montant sur un trottoir, en courant, que, tout à coup, le patient sent une vive douleur et que son membre est frappé d'impotence ; la moindre contraction musculaire a suffi pour rompre des parois veineuses arrivées à l'extrême limite de leur résistance.

115. — Un arrêt du Juge de paix du XVII[e] arrondissement de Paris (2) est ainsi conçu :

L'accident vulgairement désigné sous le nom de coup de fouet et consistant dans la rupture de fibres musculaires à la jambe, présente les deux caractères indispensables mais suffisants pour qu'il ait accident au sens de l'article 1 de la loi du 9 Avril 1898 : action soudaine et violente provenant d'une cause extérieure et lésion de l'organisme.

Sans nous attarder à discuter la théorie du coup de fouet par rupture musculaire, actuellement rejetée par tous, nous devons faire remarquer que M. le Juge de paix du XVII[e] arrondissement de Paris fait une erreur parce qu'il a oublié un

(1) CLARY. De la rupture des varices profondes du membre inférieur. Th. Paris, 1882-83.

(2) *La Loi*, 10 novembre 1900.

élément de l'accident, élément essentiel : le fait anormal qui n'existe pas à l'origine de la plupart des cas rapportés.

Notre conclusion sera qu'on peut bien considérer le coup de fouet comme le résultat d'un accident lorsqu'il a été causé par une chute sur les talons (Th. CLARY ; Obs. v.) mais, dans sa forme typique, lorsque la rupture a été occasionnée par l'acte de la marche ou sans cause appréciable, nous refusons absolument de le considérer comme pouvant donner lieu à une réparation au bénéfice de l'ouvrier. Il n'a de l'accident qu'un seul caractère : la soudaineté, condition nécessaire, mais non suffisante.

7e Le pied forcé.

Théories diverses sur le pied forcé. — Cas où l'origine traumatique n'est pas douteuse. — Cas où la lésion n'est pas vérifiée immédiatament. — Conclusion.

116. — On donne le nom de *pied forcé*, proposé par NIMIER, à une affection encore désignée sous les noms de *Fussödem* (œdème du pied) et *Fussgeschwulst* (tumeur du pied) par les auteurs allemands et dont la vraie pathogénie n'est connue que depuis quelques années seulement.

Pendant longtemps on a pensé soit à une entorse métatarsienne, soit à une périostite limitée, à une ostéo-périostite ; la radiographie est venue démontrer qu'il s'agissait presque toujours d'une facture d'un ou de plusieurs métatarsiens. Cette affection a été étudiée surtout par les médecins militaires qui avaient fréquemment occasion de l'observer, mais on a relaté nombre de cas dans les professions civiles et leur étude a augmenté d'intérêt depuis que quelques-uns ont donné lieu à des procès en responsabilité patronale.

117. — Les faits peuvent se présenter d'une façon indiscutable : au moment d'un saut, d'un faux pas, il y a une violente douleur et le blessé est obligé d'interrompre sa marche. D'autres fois, au contraire, cette douleur violente du début a manqué et, peu à peu, pendant la marche, le pied enfle et

devient douloureux surtout à la pression (1); des ecchymoses (*ecchymoses interdigitales* de Thiéry) peuvent bien se montrer au bout de quelques heures, mais, le plus souvent, tout se bornera à de l'œdème et à la difficulté de la marche qui ne pourra s'effectuer que sur le talon.

118. — Ordinairement, c'est chez un homme lourdement chargé, venant de faire une longue marche, que le pied forcé s'observe. A la suite d'une fatigue un peu grande les muscles du pied ont perdu de leur tonicité, la voûte plantaire s'est problablement affaissée, les conditions d'appui ne se font plus normalement, les heurts de la route, les faux pas sont plus marqués, moins bien évités qu'au début. Il peut arriver que le poids du corps, joint à celui du fardeau supporté, vienne reposer à un instant donné tout entier sur une extrémité métatarsienne; si, en même temps, comme la chose peut se produire (Coulet, loco cit.) il s'y est joint l'action d'une contraction musculaire puissante, la force est suffisante pour fracturer le métatarse, surtout au niveau du deuxième et troisième métatarsien plus frêles, plus allongés que les autres. C'est ce qu'est venue démontrer la radiographie; ce sont constamment ces deux os, ou l'un d'eux seulement, qui sont rompus.

119. — Cependant tous les cas de pied forcé ne devront pas être rapportés à une fracture; Boisson et Chapotot croient qu'il y a parfois simple ostéo-périostite; pour de Bovis, certains cas sont attribuables à une périténosite rhumatismale (Vlad. de Hostein) (2). Il pourrait alors s'agir seulement des tiraillements répétés provoqués par la marche.

120. — Des quelques notions que nous venons sommairement d'exposer sur la nature et la pathogénie du pied forcé

---

(1) Coulet. Des fractures du métatarse. Th. Montpellier, 1901-02.
(2) *Sem. méd.*, 1899, p. 187.

découlent naturellement les conclusions que nous devons en tirer sur la classification de cette lésion.

Si le pied forcé s'est produit au moment d'un faux pas bien marqué, d'un saut; si la douleur a été assez vive pour faire quitter immédiatement le travail commencé, pour faire interrompre la marche, il y a accident non douteux, indiscutable. Si le blessé n'a pas accusé cette vive douleur du début, s'il a continué à marcher, nous devons distinguer les cas où il y a eu fracture du métatarse constatée à la radiographie (ce sont de beaucoup les plus nombreux) et ceux où il semble ne s'être produit qu'une ostéo-périostite. S'il y a fracture d'un métatarsien nous trouvons toutes les conditions nécessaires pour constituer l'accident : il y a eu un fait anormal puisque la fracture de l'os ne peut se produire que dans une position vicieuse du pied : la lésion s'est produite soudainement, nous ne pouvons admettre qu'il en soit autrement dans une fracture; la cause est extérieure, due aux accidents de la route, à la charge supportée par l'ouvrier. L'absence de douleur seule qui a permis de continuer la marche ferait hésiter si on ne connaissait pas la nature de la lésion.

Au contraire, y a-t-il simple périostite par tiraillement des ligaments plantaires, on se trouve en présence non pas d'une lésion soudaine, d'un traumatisme unique, mais d'une suite de petits traumatismes, dont un seul est insuffisant pour provoquer une lésion, mais dont la répétition finit par causer certains troubles. Il se produit ce que nous avons noté dans certains durillons forcés, dans certains phlegmons, causés par les pressions repétées de l'outil sur la main. Nous ne croyons pas qu'on puisse considérer ces faits comme visés par la loi de 1898 : il ne s'agit pas pour nous de véritables accidents.

8° La syphilis des verriers.

Étiologie de la syphilis des verriers. — La syphilis des verriers n'est pas une maladie professionnelle, mais elle ne rentre pas plus dans les faits visés pas la loi de 1898. — La Jurisprudence la classe parmi les accidents du travail. — Comment, en adoptant cette opinion, doit-on évaluer la réduction de salaire subie.

121. — Nous aurons à examiner les rapports de la syphilis avec le traumatisme proprement dit soit que l'infection syphilitique intervienne dans la production de la blessure, soit, au contraire, que la blessure réagisse sur l'infection préexistante (Voir 2ème partie). La question que nous voulons traiter ici est d'un autre ordre et tout à fait spéciale.

Les verriers sont soumis à un risque d'infection très particulier, qui a, depuis longtemps, appelé l'attention des médecins dans certains centres industriels, et surtout en France, dans le bassin de la Loire : on a pu dire justement que l'étude de ce risque était l'œuvre de l'école lyonnaise. Pour bien le faire comprendre, il faut rappeler sommairement la façon dont se pratique le soufflage du verre. Après la *cueillette*, au bout de la *canne* portée au rouge, d'une certaine quantité de verre en fusion, cette canne passe par la bouche du premier ouvrier, le *gamin*, qui commence le soufflage, puis le donne au second : le *grand garçon*, enfin, le dernier homme de l'équipe, le seul qui ait le titre *d'ouvrier*, termine l'opération : on comprend facilement que les différents passages de bouche à bouche se fassent avec la plus grande rapidité pour que la masse de verre n'ait pas le temps de se refroidir; la canne arrive donc à chaque homme tout imprégnée de la salive du précédent. Si l'un des équipiers est porteur d'une lésion syphilitique contagieuse sur la muqueuse buccale il pourra en résulter une contamination. Cette contamination sera encore facilitée par ce fait que la distension incessante, à laquelle sont soumis les tissus buccaux de l'ouvrier souffleur, cause des éraillures, un état fendillé très marqué. Il y a même un fait intéressant noté par Guinand : c'est la récidive chez d'anciens syphilitiques, guéris depuis

plusieurs années, d'accidents spécifiques au niveau des lèvres ou des joues. Il est une autre source de contamination chez les verriers : leur travail devant un foyer ardent leur cause une soif vive; ils se rafraîchissent de temps à autre et le récipient contenant la boisson est encore le même pour toute l'équipe.

On a bien proposé pour remédier au danger d'inoculation syphilitique que chaque ouvrier ait un embout spécial s'ajustant à la canne (Chassagny); mais cette mesure ne semble pas se généraliser à cause de la perte de temps entraînée. Le soufflage mécanique n'est pas non plus entré dans la pratique ordinaire.

122. — La question étant ainsi posée, nous devons nous demander si la syphilis des verriers est bien un accident du travail. Évidemment, ce n'est pas une maladie professionnelle, car on ne peut pas dire qu'elle résulte de l'exercice *normal* de la profession. Le fait *anormal* nécessaire pour constituer l'accident du travail existe bien : c'est la souillure de la canne par le virus syphilitique. Mais, si le fait anormal est nécessaire, il n'est pas suffisant. La violence, une des caractéristiques de l'accident, manque ici totalement. Il est impossible de croire que le législateur a pensé couvrir de pareils événements en édictant les lois sur les accidents du travail. Une telle interprétation est prouvée par le contexte tout entier. L'accident, dit la loi, doit être déclaré dans les quarante-huit heures. Dans les quatre jours on déposera un certificat médical. Il est toujours question d'un fait précis que chacun peut contrôler immédiatement, qui ne souffre pas la discussion, quant à son existence. Et c'est précisément à cause de ces caractères que la loi admet une procédure d'exception. Or, à quel moment a eu lieu l'inoculation du virus syphilitique : nos connaissances actuelles nous permettent bien de fixer une date approximative. Nous savons que c'est entre vingt jours et six semaines après le contage (Fournier) qu'aura lieu l'apparition de l'accident primaire; mais nous ne pouvons préciser davantage. Pour dire qu'il

y a eu accident, nous devons donc attendre quinze jours au minimum et ce n'est que par le raisonnement scientifique que nous pourrons alors dire : il y a eu contagion. Encore ne pourrons nous affirmer que cette contagion s'est produite à l'occasion du travail ; nous ne pourrons que croire à la possibilité, à la probabilité de cette origine.

Le manœuvre qui transporte du fumier peut, s'il est porteur d'une écorchure, même très légère, être souillé du germe tétanique. L'ouvrier qui travaille près de son compagnon tuberculeux, peut le devenir à son tour. Dans ces deux cas, la cause de contagion peut être presque sûrement affirmée, comme dans celui de la syphilis et pourtant, ce ne sont pas là des accidents.

A notre avis, la syphilis des verriers n'est ni un accident ni une maladie professionnelle proprement dite quoique ce soit une maladie contractée dans l'exercice de la profession. Nous ne refuserions pas aux ouvriers qui en sont atteints une action contre celui qui les a contaminés et contre le patron responsable de l'introduction d'un ouvrier syphilitique dans l'atelier, mais nous ne pensons pas que cette action puisse être intentée en vertu de la loi de 1898, loi d'exception ayant sa procédure exceptionnelle.

123. — Nous devons reconnaître d'ailleurs que la jurisprudence ne s'est pas fixée dans le sens de notre interprétation. Les divers tribunaux qui ont eu à juger des faits de responsabilité patronale à la suite d'inoculation syphilitique chez des ouvriers, interprétant la loi de 1898 dans un sens large, l'ont appliquée à ces cas. Ainsi, un jugement du Tribunal de Marseille (23 décembre 1902) a fait application de la loi, dans un cas où d'ailleurs la partie défenderesse ne soulevait pas l'exception de fait non visé par cette loi ; le Tribunal de Montbrison à qui était soumis un fait de même nature a admis qu'il y avait bien accident du travail (21 février 1903) et la Cour de Lyon a confirmé cet arrêt (3 Août 1903) (1).

---

(1) *Recueil spécial acc. du trav.*, juill. 1903-déc. 1903 (T. III et IV).

Nous ne croyons pas que la Cour de Cassation ait eu à se prononcer sur des faits de cette nature.

Si on se range à l'avis de la Cour de Lyon, on devra, au moins, considérer comme une faute lourde de la part de l'ouvrier, le fait de ne pas se servir d'embout personnel lorsque le règlement de l'usine en prescrira l'usage; comme une faute lourde du patron, la réception des ouvriers dans les équipes, sans les soumettre au préalable à une visite médicale répétée autant de fois qu'il est nécessaire. (1)

124. — Si l'on admet que la syphilis des verriers peut être considérée comme un accident du travail, a t on le droit comme l'a fait le Tribunal de Marseille, d'estimer à 25 0/0 la dépréciation subie par l'ouvrier atteint de syphilis (23 décembre 1902). Ce chiffre nous paraît être ou trop élevé, ou au contraire au dessous de la réalité.

En effet, si l'on admet que l'ouvrier verrier doive renoncer pour toujours à son travail ordinaire et qu'il soit forcé de prendre le métier de manœuvre, car il n'est préparé à aucune autre profession par son occupation très spéciale, il verra son salaire tomber de 6 à 8 frs. à 3, 50 et 4 frs. (2). La réduction subie est donc, au minimum, de $\frac{6-4}{6}$, au maximum, de $\frac{8-3,50}{8}$. Elle oscillerait donc entre 33 0/0 et 55 0/0 environ. Mais, en réalité, il n'en est pas ainsi. Cette réduction de salaire n'aura qu'un temps; la syphilis n'est pas indéfiniment contagieuse. Après une période où tout travail devra lui être interdit, l'ouvrier verrier pourra reprendre son occupation ordinaire. On ne peut guère alléguer qu'il aura perdu le fruit

(1) On a conseillé de faire pour les nouveaux ouvriers une visite sanitaire deux fois la semaine au moins pendant les six premières semaines. Plus tard les examens pourront être espacés davantage, pratiqués tous les quinze jours, par exemple.

(2) Gailleton, cité par Bouis. La syphilis des verriers. Th. Lyon, 1902-03.

de son entraînement, qu'il devra refaire presque un nouvel apprentissage, car nous ne pensons pas qu'il en soit ainsi pour les jeunes verriers forcés d'accomplir leur service militaire, lorsqu'ils restent trois ans loin de leurs fours. Il s'agit donc bien d'une incapacité temporaire; encore cette incapacité est-elle toute relative, puisque, pendant sa durée, l'ouvrier pourra constamment s'employer à toute autre occupation que celles de sa profession.

Et ceci nous amène à conclure que la loi du 9 avril 1898, qui, nous l'avons déjà vu, ne peut s'appliquer à la syphilis des verriers par sa procédure spéciale, ne lui convient pas davantage dans ses moyens de réparation, puisqu'elle n'a pas prévu le cas de l'incapacité temporaire relative.

9° Les maladies inoculées par piqûres d'insectes.

126. — Les dernières recherches effectuées sur le mode de transmission de certaines maladies infectieuses permettent de prévoir un grand nombre de cas non prévus par le législateur où l'application de la loi de 1898 pourra être demandée par les intéressés. Nous voulons parler des maladies où la transmission se fait par la piqûre d'insectes. On peut considérer actuellement cette étiologie comme démontrée pour la *malaria*, la *fièvre jaune*, la *peste*, la *filariose* et accidentellement pour le *charbon*.

La *malaria* est due à l'introduction dans le sang d'un organisme spécial l'*hématozoaire de Laveran*; cet hématozoaire est transporté par un moustique : *l'anopheles claviger*. Cette origine semble très nettement démontrée quoique, cependant, certains auteurs (1) contestent tout au moins qu'elle soit la seule incriminable puisqu'ils ont noté l'absence de cet insecte dans des parties de la Calabre ravagées par la fièvre intermittente.

C'est aussi un moustique, le *stegomya fasciata*, qu'il faut accuser de la transmission de la fièvre jaune. Les travaux

(1) Cf. Montero di Francesco. *Sem. méd.*, 14 mai 1902, p. 161.

récents de la Commission française (1) envoyée pour étudier le fléau sur place ont très nettement déterminé les conditions dans lesquelles se fait la contagion qui n'est jamais directe.

Le virus *pesteux* est transporté par une puce particulière : le *thyphopsylla musculi* qui vit sur les rats. Un de ces derniers animaux est-il mort, les puces quittent son cadavre et, si un homme passe à proximité, elles se jettent sur lui.

Le *culex pipiens* serait l'agent porteur du germe de la *filariose*, maladie beaucoup moins intéressante pour nous puisque sa distribution géographique ne touche guère les possessions françaises.

Enfin on sait que la piqûre de certaines mouches peut transmettre le *charbon*, lorsqu'elles ont pris le germe sur des cadavres d'animaux charbonneux.

Cette nouvelle notion de l'origine des maladies infectieuses les fait rentrer, en principe, dans la catégorie des faits visés par les lois sur les accidents du travail. On ne peut nier en effet qu'une piqûre, qu'une morsure par un animal quelconque constituent le fait anormal, étranger au cours naturel du travail, constitutif de l'accident; il y a, par ce fait, production d'une lésion corporelle soudaine dont les troubles morbides consécutifs ne seront que la conséquence.

Il y a donc bien lieu d'admettre au bénéfice de la loi les ouvriers qui pourront prouver que le travail a été pour eux l'occasion d'une maladie dans les conditions étiologiques que nous venons de déterminer. C'est la théorie admise par l'Office impérial allemand qui accorda l'indemnité légale à la veuve d'un garde forestier, mort du charbon contracté par piqûre de mouche, au cours d'une tournée d'inspection dans une forêt marécageuse (2).

Pour le charbon, d'ailleurs, la difficulté est beaucoup moindre que pour les autres maladies que nous avons signalées, en raison des phénomènes locaux qui se développent

---

(1) *Ann. Inst. Pasteur*, novembre 1903, p. 666.

(2) Thiem. *Handbuch der Unfallerkrankungen*, p. 98.

au point d'inoculation et qui permettent de rapporter avec certitude l'effet à la cause.

Il n'en est pas de même pour la peste, la fièvre jaune, l'impaludisme et, si nous posons en principe que la lésion causée au cours du travail par un animal nuisible doit donner lieu à une indemnité, nous devons reconnaître combien l'application de cette théorie sera souvent difficile.

Si le travailleur séjourne dans un pays où la maladie dont il est atteint règne, soit à l'état épidémique, soit à l'état endémique, il semble impossible que l'on puisse considérer comme un accident du travail la morsure infectieuse et ses suites, c'est là un risque banal auquel sont exposés tous les habitants de la même contrée; le plus souvent le travail n'aura pas aggravé ce risque. Comment prouver d'ailleurs que c'est une piqûre faite pendant le travail et non plutôt une autre quelconque qui a introduit le virus; on peut appliquer ce raisonnement tout particulièrement au paludisme qui ne semble pas être transporté en dehors des régions où il existe à l'état endémique. D'ailleurs, même dans les pays où sévit la malaria, on ne peut affirmer la relation entre une piqûre de moustique et la maladie. Outre que d'autres espèces que *l'anopheles*, probablement inoffensives, sont rencontrées, *l'anopheles* lui-même ne serait dangereux qu'autant qu'il se serait infecté par piqûre d'un sujet malade vingt à trente jours auparavant.

En ce qui regarde la fièvre jaune, la Commission française a montré que la transmission se faisait par les *stegomyia* femelles, jeunes et déjà fécondées, ayant piqué un malade dans les trois premiers jours de son affection et s'attaquant à un second sujet au moins douze jours après. Qui pourra prouver que telle morsure déterminée s'est accomplie dans ces conditions?

Dans certains cas cependant, le problème se simplifiera. La peste, la fièvre jaune peuvent être transportées loin de leur pays d'origine. L'histoire de l'épidémie de fièvre jaune importée à Saint-Nazaire par *l'Anne-Marie* en 1861 nous fournit un exemple intéressant : la cale de ce navire renfer-

mait un chargement de sucre qui avait donné asile à de nombreux moustiques. Les hommes occupés au déchargement furent piqués par ces insectes et une grande partie succomba à la maladie. Le *stegomya* conserve en effet son pouvoir de transmission pendant très longtemps et est même d'autant plus dangereux que son inoculation remonte à une date très ancienne. Les ouvriers qui furent ainsi piqués par les moustiques et moururent consécutivement de la fièvre jaune étaient certainement dans les conditions visées par la loi actuelle. Leur état pathologique avait bien pour origine un fait précis survenu accidentellement à l'occasion du travail. Aucun doute ne peut s'élever, puisque la maladie ne sévissait pas à ce moment dans la ville de Saint Nazaire.

Un ouvrier, en déchargeant un navire provenant de régions contaminées, est amené à toucher un cadavre de rat. Il est mordu par les puces existant encore sur ce cadavre, et, consécutivement, frappé de peste bubonnique. Nous croyons que le tribunal devrait accorder à lui ou à ses héritiers les indemnités prévues par la loi.

En résumé, la solution de ces cas nous semble simple : toutes les fois qu'il y aura eu, pendant le travail, à l'occasion du travail, piqûre par l'insecte contaminateur, toutes les fois que l'infection n'aura pu se faire autrement, on devra considérer le malade comme un accidenté du travail. Telle est la solution qui parait rationnelle depuis qu'on connait exactement le mode de transmission du germe pathologique.

On a voulu aller plus loin, et on a proposé d'étendre le bénéfice de la loi à tous les travailleurs touchés par l'impaludisme dans les régions infectées. Pour les raisons que nous avons exposées nous croyons nécessaire une loi spéciale pour consacrer cette doctrine. Admettre cette interprétation de notre loi serait aller contre le principe que l'ouvrier doit prouver et l'accident, et le rapport entre l'accident et l'état pathologique existant. Les législateurs italiens l'ont bien jugé ainsi, puisqu'ils ont voté une disposition spéciale pour mettre à la charge de l'employeur la réparation des cas d'impaludisme, lorsque l'ouvrier est atteint pendant une période de travail.

CHAPITRE IV

La déclaration d'accident et le premier certificat.

Délai dans lequel l'accident doit être déclaré. — Intérêt de l'établissement rapide du premier certificat médical. — Obligation du patron de fournir le premier certificat médical. Cas où il en est dispensé. — Établissement du certificat. — Formule. — Qui peut établir le certificat? — Médecin du patron et médecin de l'ouvrier. — Cas où le blessé est soigné à l'hôpital. — Certificat et secret professionnel. — Refus du certificat par le médecin. — Honoraires dus pour le certificat. — Le première enquête du juge de paix.

127. — Tout accident du travail doit être déclaré au maire de la commune où il s'est produit, dans les formes déterminées par le législateur. La déclaration doit indiquer le nom du chef d'entreprise, celui du blessé, ceux des témoins, le lieu précis, l'heure et la nature de l'accident, les circonstances dans lesquelles il s'est produit. La loi du 9 avril 1898 exigeait que cette déclaration fut faite dans les 48 heures et accompagnée d'un certificat médical; celle du 21 mars 1902, tout en maintenant le délai de 48 heures, non compris les dimanches et jours fériés, accorde quatre jours pour fournir le certificat médical, qui ne pourra être exigé qu'au cas où l'ouvrier n'aurait pas repris son travail dans les quatre jours. Cette disposition plus libérale, faite pour permettre d'éviter l'intervention du médecin dans les cas de peu d'importance, semble aller directement contre les intérêts du patron et contre ceux de l'ouvrier, intérêts connexes, quoiqu'on veuille en dire. Avec la nouvelle disposition de la loi, nombre de lésions légères, en effet, peuvent ainsi ne pas être montrées au médecin dès le premier jour, au contraire de ce qui arrivait sous l'empire de la loi de 1898; il pourra souvent en

résulter une aggravation qu'auraient évités des soins précoces : combien de phlegmons auraient pu être enrayés dans leur développement si des soins antiseptiques avaient été pris pour une écorchure, une piqûre jugées insignifiantes.

128. — Comme le disait fort bien le ministre du Commerce dans sa circulaire du 21 août 1899, l'intérêt des chefs d'entreprise leur commande en cas de doute, de remplir la formalité de la déclaration même pour les accidents d'abord insignifiants ; telle conséquence peut se développer ou telle complication survenir qui entraînera finalement une interruption du travail de plus de quatre jours. Dans ce cas, et si la déclaration n'a pas été au préalable et régulièrement effectuée dans le délai légal, le chef d'entreprise se trouvera de ce seul fait constitué en fraude et passible d'une pénalité. D'ailleurs qui, autre que le médecin, est à même, bien souvent, d'apprécier la gravité d'une lésion ? Dans l'intérêt de l'ouvrier, il y a de même lieu de faire établir le plus rapidement possible le certificat médical, et la preuve de relation de cause à effet, mise par la loi et la jurisprudence à la charge de la victime, sera d'autant plus difficile à établir que l'examen aura été plus tardif. Il pourra même en résulter le rejet de la demande d'indemnité. Le Juge de paix du XIX[e] arrondissement de Paris rendait le 7 février 1900 un jugement ainsi conçu :

.....Attendu que le dit L. s'est piqué le 27 septembre en arrangeant une peau de bœuf, qu'un des poils ou débris d'os de la bête se serait introduit dans l'index droit et aurait produit un panaris, que, de ce fait il aurait résulté une incapacité de travail de plus de 3 mois ;

Attendu que L. ne s'est pas fait soigner aussitôt blessé, mais qu'il est resté 9 jours ainsi et que ce n'est qu'après ce délai qu'il est allé se faire soigner à l'hopital Cochin ;

.. ..le Tribunal ne peut affirmer que le panaris soit survenu à la suite de la blessure ou qu'il se soit produit pendant le travail..... (1)

---

(1) Wagner. Première pratique de la loi sur les accidents du travail, Th. Paris, 1901-02.

Les Compagnies d'assurances ont d'ailleurs parfaitement compris le danger et presque toutes font établir le certificat médical sans se préoccuper du nouveau délai qui leur est accordé. Il est à souhaiter que les patrons s'en tiennent à la loi de 1898 et que le médecin soit toujours appelé le plus tôt possible après l'accident, si minime que semble le traumatisme.

Parfois, ce sera intentionnellement, dans un but de fraude, que l'ouvrier ne déclarera pas à son patron l'accident qui l'aura frappé. Il craindra que l'examen médical ne vienne dévoiler le peu d'importance de la lésion. Ces faits sont d'ailleurs rares et, ainsi que le montre le jugement cité plus haut, l'ouvrier pourra être la première victime de ce défaut de déclaration et de certificat médical précoce.

129. — L'obligation de fournir la déclaration et le certificat incombe tout d'abord au patron et rien ne peut l'en dispenser. La loi attache au certificat médical en particulier une importance extrême et c'est à bon droit nous semble-t il. Dans sa circulaire du 21 août 1899, le ministre du Commerce, M. Millerand estimait que la déclaration peut être reçue sans certificat médical dans deux cas seulement : s'il y a eu mort immédiate par accident et « si le chef d'entreprise rapporte une attestation du médecin constatant que la victime a refusé de se laisser visiter par lui et a mis ainsi un obstacle matériel à la production du certificat. » Nous aurons à revenir ultérieurement sur ces deux points.

A défaut du patron ou en même temps que celui-ci, l'ouvrier ou ses représentants peuvent faire la déclaration exigée par la loi. Le blessé usera de ce droit en particulier lorsque son patron n'aura pas fait la déclaration soit par négligence, soit parce que la lésion accusée par l'ouvrier ne lui aura pas paru être le résultat d'un accident du travail, soit pour toute autre cause. La déclaration faite par l'ouvrier devra, comme celle du patron, être accompagnée d'un certificat médical.

La loi détermine très exactement ce que devra contenir le certificat à produire en même temps que la déclara-

tion d'accident; cette pièce indiquera l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif. Aucune forme spéciale d'ailleurs n'est imposée pour sa rédaction; les circulaires ministérielles ont insisté cependant à diverses reprises sur l'intérêt qu'il y avait à suivre un ordre déterminé et toujours le même pour les différentes constatations.

Rien ne semble plus facile à des personnes étrangères à l'art médical que de procéder à ces constatations; rien ne paraîtra plus difficile au médecin désireux de remplir sa mission en conscience. A propos de chacun des divers points à traiter nous allons essayer de signaler les difficultés soulevées et d'en apporter la solution.

130. — *État de la victime.* — En parlant de l'état du sinistré, que veut dire la loi? A-t-elle entendu parler seulement de la lésion que vient de causer l'accident, ou au contraire, doit-on prendre cette expression dans un sens beaucoup plus large et penser qu'il s'agit de l'état de santé de l'ouvrier blessé, au moment de l'accident, avec les modifications que lui impose cet accident? M. Rémy n'hésite pas à conclure dans ce dernier sens en s'appuyant en particulier sur les termes de deux circulaires ministérielles : « Le médecin devra donner l'état de la victime au moment de la délivrance du certificat et le caractère de la blessure reçue » dit le ministre du Commerce (Circulaire du 21 août 1899), « l'état de la victime et les conséquences éventuelles des accidents », insiste à son tour le garde des sceaux (Circulaire du 22 août 1901). En dehors même de l'argument qu'on peut tirer de ces deux documents, tout praticien sait bien qu'il est impossible de préciser les suites probables de l'accident sans se baser précisément sur l'état de la victime; ces suites seront elles les mêmes si la lésion a porté sur un organe sain ou atteint d'une tare antérieure? Si l'on n'a pas un renseignement précis sur les maladies ou infirmités que pouvait présenter l'ouvrier blessé avant l'accident, qui pourra plus tard affirmer que telle affection n'était pas antérieure au traumatisme au lieu d'avoir été

déterminée par lui? Combien de procès n'ont pas eu d'autres causes qu'un certificat médical muet sur l'état des organes autres que celui lésé? Ici c'est un ouvrier qui fait remonter une endocardite à une plaie suppurée; là, c'est un patron qui affirme que son ouvrier était albuminurique avant l'accident; ailleurs encore c'est une hernie ancienne que le médecin n'a pas signalée dans son certificat et qu'on ne sait si on doit attribuer au même effort invoqué comme cause d'un lumbago. Si les premières constatations sont complètes, le juge aura en mains une pièce lui permettant d'établir son opinion en connaissance de cause. L'importance de ce certificat, ainsi envisagé, nous paraît énorme. Aussi peut-on être étonné de le voir traité légèrement par certaines Compagnies d'assurances qui le considèrent comme une pièce pouvant être établie, à la rigueur, par un scribe quelconque. Il nous semble, au contraire, que ce ne sera pas trop de toute la sagacité médicale de son signataire pour dépister des lésions qu'on aura intérêt à lui cacher, et pour ne pas affirmer au contraire des affections inexistantes. Le médecin devra procéder à son examen avec le plus grand soin, étudier le blessé d'une façon complète et dans le jeu de tous ses appareils. Les lésions d'artériosclérose, les cicatrices anciennes de tuberculose ou de syphilis, les stigmates d'intoxications (alcoolisme, saturnisme), l'état des reins, celui du cœur, attireront particulièrement son attention. Il interrogera sur les antécédents, il aura le droit de se renseigner sur les maladies familiales : cancer, tuberculose, mais avant tout, il se fiera à ses observations personnelles. Bref, son examen sera analogue à celui qu'il devrait pratiquer en cas d'assurance sur la vie du sujet examiné.

131. — Les Compagnies d'assurances qui connaissent pourtant par expérience l'importance de ce certificat, ne semblent pas avoir mis entre les mains de leurs médecins des imprimés leur donnant des indications assez détaillées sur la façon de l'établir. Selon la constatation de Rémy, une seule, la Foncière, demande de préciser les maladies ou accidents

corporels antérieurs, les infirmités et mutilations préexistantes, les aggravations tenant à un état constitutionnel ou maladif. Encore le schéma est-il muet sur un point important à notre avis : l'origine probable de la lésion.

En effet, le médecin aura à indiquer la blessure elle même et l'exactitude devra être rigoureuse dans l'indication et la description de cette blessure. Il ne suffit pas, par exemple, de dire : « plaie de la jambe », on devra indiquer le membre atteint, la nature de la plaie (contuse, par piqûre, par instrument tranchant), sa situation exacte (face interne, face externe, partie inférieure ou supérieure), son étendue, sa forme, sa profondeur, sa septicité, s'il y a lieu, les muscles, nerfs, vaisseaux intéressés, et enfin la date à laquelle la blessure semble remonter. On ne devra pas craindre les détails, tous pouvant avoir leur importance à un moment donné. De plus, le médecin devra se rendre compte de l'exactitude de la cause invoquée et ceci présente un réel intérêt, non seulement pour déjouer une simulation possible, ou une blessure volontaire, mais encore parce que certains accidents sont couverts par la loi et non les autres, parfois dans la même exploitation, ainsi que nous l'avons vu.

Enfin, si la constatation n'est pas faite immédiatement après l'accident, si le médecin n'a pas fait le premier pansement, le certificat devra mentionner, s'il y a lieu, l'aggravation causée par l'application d'un topique non approprié. Le responsabilité du patron peut être augmentée ou diminuée de ce chef ; à notre avis, peut commettre une faute grave le patron qui prend la responsabilité d'un premier pansement sans appeler le médecin et le même reproche peut être fait à l'ouvrier qui, au lieu de suivre les instructions à lui données, applique lui-même sur sa plaie un pansement empirique comme il en est tant encore en usage dans nos campagnes et même dans nos villes.

132. — *Suites de l'accident.* — Les auteurs de la loi n'ont pas compris la difficulté pour le médecin d'indiquer, dès le début, les suites probables de l'accident. Si beaucoup de

lésions semblent devoir guérir en quelques jours, pour beaucoup d'autres il est impossible de se prononcer. Le certificat devra, autant que possible, mentionner s'il s'agit d'une incapacité permanente absolue, d'une incapacité permanente partielle ou d'une incapacité temporaire, et, dans ce dernier cas, de combien de jours doit être cette incapacité. Dans le cas où la réponse à cette question est impossible, le médecin doit indiquer sans hésiter que l'état actuel de la victime ne lui permet pas de dire s'il s'agit d'une incapacité temporaire ou permanente.

Époque à laquelle il sera possible de connaître le résultat définitif. — Ici encore le médecin sera très réservé et ne pourra le plus souvent fixer un délai que dans des limites très larges.

Les circulaires ministérielles comprennent la difficulté qu'il peut y avoir pour le médecin à poser un pronostic ; dans ce cas, la recommandation faite par le Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à ses médecins est de terminer le certificat par la formule suivante : « Le soussigné déclare qu'en l'état actuel il est absolument impossible de pronostiquer les suites probables de l'accident, ni d'indiquer l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif. »

133. — En résumé, le certificat médical exigé par la loi peut être libellé ainsi (nous suivons l'ordre logique indiqué par les circulaires ministérielles et auquel M. le Pr. Rémy s'est référé en établissant le projet d'en-tête du certificat médical figurant à la fin de la première série de ses leçons :

Je soussigné... certifie avoir examiné ce jour M. X âgé de.... demeurant à..., ouvrier de M.... se disant victime d'un accident du travail, arrivé le......à.....h. du (matin, soir) et avoir fait sur lui les constatations suivantes :

M. X. est un homme de constitution (robuste, faible, lymphatique etc.) ; il y a à noter dans son état de santé (indiquer les maladies qu'on a pu dépister, ou celles qui ont été avouées par le blessé) ; il présente en outre..... (indiquer les reliquats de blessures antérieures, fractures, cicatrices, etc.). La blessure dont l'accident a été l'ori-

gine consiste en.... (nature de la blessure aussi exactement que possible); elle semble remonter à (date probable); elle peut être attribuée à (cause probable) elle est ou n'est pas aggravée (indiquer ici s'il y a lieu les causes de l'aggravation : état antérieur de la victime, pansements mal appliqués, défaut de soins, etc.) Les suites probables de l'accident seront (mort, incapacité temporaire, incapacité permanente, partielle ou absolue) *ou bien* il est impossible pour le moment de dire quel sera le résultat définitif de la blessure; on ne pourra le connaître avant... (indiquer la date ou signaler l'impossibilité de fixer cette date).

Le présent certificat médical est établi sur papier libre, conformément à la loi sur les accidents du travail du 9 avril 1898.

134. — *Qui doit établir le certificat médical ?* — La loi reconnaît le droit de délivrer le premier certificat à toutes les personnes pouvant exercer la médecine : c'est dire qu'elle ne fait pas de distinction entre les officiers de santé et les docteurs.

L'étudiant en médecine autorisé exceptionnellement à remplacer un médecin sera apte à signer cette pièce mais seulement, bien entendu, s'il est pourvu de l'autorisation préfectorale exigée par la loi de 1892 (Art. 6). Enfin, lorsque le malade est à l'hôpital, mais dans ce cas seulement, « les certificats pourront être signés par les internes, mais seulement par ceux d'entre eux de nationalité française qui se trouvent indiqués sur les listes approuvées par le Préfet de la Seine comme pouvant exercer la médecine dans nos établissements. » (Circulaire du Direct. de l'Assistance publique aux direct. des hôpitaux et hospices. 4 mai 1900.)

135. — Jusqu'à la mise en vigueur de la loi de 1898, les patrons qui assurèrent leurs ouvriers, le faisaient bénévolement et eux mêmes ou leurs Compagnies d'assurances imposaient aux victimes d'accidents certaines conditions dont l'inobservance pouvait les faire déchoir de leurs droits à l'indemnité. Au nombre de ces conditions était l'obligation de recevoir la visite du médecin du patron ou de la Compagnie d'assurances qui vérifiait l'état de la victime et, au cas où il ne donnait pas ses soins, surveillait de temps à autre l'avancement de la guérison.

La loi de 1898 a mis à la charge du patron tous les frais médicaux ou pharmaceutiques; elle a reconnu à l'ouvrier le droit de choisir son médecin. Lui a t elle donné le droit de se soustraire au contrôle médical du patron?

Tous les commentateurs de la loi sont d'accord pour reconnaître que le chef d'entreprise responsable du certificat à produire n'est pas forcé d'accepter celui qui a été établi par le médecin de l'ouvrier. D'après la circulaire ministérielle citée plus haut, si l'ouvrier refuse de se laisser examiner par le médecin, l'attestation de ce refus par ce dernier suffirait au patron. C'est reconnaître implicitement à celui-ci le droit de faire établir le certificat par le médecin de son choix. Le ministre du Commerce (Circul. du 21 août 1899) prévoyait les mesures à prendre dans les cas d'entrée des blessés à l'hôpital « quand les chefs d'entreprise intéressés ne se trouvent point à même de provoquer l'établissement du certificat par les médecins de leur choix. » Ici encore, il s'agit bien du médecin choisi par le patron. En cas d'opposition systématique de l'ouvrier, le patron (ou la Compagnie d'assurances qui le représente) devra s'adresser au juge de paix s'il veut obtenir la désignation d'un autre médecin que celui choisi par le blessé. (Avis du Comité consultat. assurances, 7 févr. 1900.) Son intérêt pourra être grand à agir de la sorte. Il pourra tenir en juste suspicion le certificat qui lui est fourni; en dehors de la possibilité de collusion frauduleuse entre ouvriers et médecins (hypothèse que nous nous plaisons à rejeter), un autre motif pourrait pousser le patron à ne pas accepter, pour la rédaction du certificat, le médecin de l'ouvrier.

En effet, celui-ci est lié vis à vis de son client par le secret professionnel, en ce qui concerne tout ce qu'il connaît sur son état antérieur. Prenons un exemple : Voici un ouvrier présentant une contusion du thorax, son médecin ordinaire qu'il fait appeler, le sait atteint de tuberculose pulmonaire au début. Il n'a pas le droit de mentionner cette affection sur son certificat sans le consentement exprès du blessé, qui le refusera certainement. Cette omission pourra permet-

tre plus tard de faire remonter l'origine de la tuberculose à l'accident. On a voulu objecter que les tribunaux ne devaient tenir aucun compte de l'état antérieur du blessé, mais nous verrons que cette opinion n'est pas unanime ; de plus une jurisprudence, même constante, peut cependant prêter à discussion et ne tranche pas la question dans un sens définitif.

136. — Nous estimons donc que le médecin du blessé n'est pas apte à établir le premier certificat. On pourrait trouver regrettable que la loi ne confirme pas *explicitement* le droit du chef d'entreprise intéressé à faire établir ce premier certificat par le médecin de son choix. Nous savons qu'on peut retourner une partie de nos arguments : le médecin du patron aura intérêt à diminuer la gravité de la blessure, à insister sur les maladies préexistantes. Mais, alors que, sauf le cas d'entente frauduleuse, le certificat du médecin du blessé pèchera surtout par des omissions que le patron ne peut soupçonner, celui du médecin du patron contiendra des allégations dont le blessé peut immédiatement faire constater la fausseté, s'il juge qu'il y a intérêt : Le mieux serait encore que l'examen devant aboutir à la rédaction du premier certificat *fût fait contradictoirement par le médecin de la victime et celui du chef d'entreprise.*

137. — Nous avons dit que le médecin du blessé était tenu au secret professionnel. En est-il de même du médecin envoyé par le patron? Ramé, dans sa remarquable thèse, affirme que oui et cite à l'appui de cette opinion un jugement du Tribunal de Fougères n'ayant pas trait d'ailleurs à un accident du travail. Brouardel recommande de ne pas délivrer de certificat en dehors de la présence et sans le consentement des parties. Nous croyons, avec Rémy que, du moment que l'ouvrier a accepté la visite du médecin du patron, il consent tacitement à la rédaction du certificat sans réserves. Il est impossible d'admettre qu'il ait le droit de refuser son consentement à un certificat qu'il estimera lui porter préjudice. Si l'on acceptait d'ailleurs le dogme du secret médical en

pareille matière, la pratique de certaines Compagnies qui font établir le certificat à titre confidentiel serait à réprouver : une pareille pièce ne serait d'aucune utilité par elle même et ne pourrait aboutir qu'à faire provoquer la nomination d'un médecin par le juge de paix. Inutile d'ajouter que ce médecin remplissant les fonctions d'expert serait dispensé du secret médical et tenu de noter dans son rapport tout ce qu'il jugerait utile à la parfaite appréciation de la cause.

Si le médecin désigné par le patron ou par la Compagnie d'assurances se trouve être le médecin ordinaire du blessé, nous croyons qu'il doit se récuser, car il lui est impossible de faire la part de ce qu'il sait comme médecin de son client ou comme représentant de la partie adverse.

138. — Mais le blessé a pu être transporté à l'hôpital. Le médecin chargé du service a t il le droit de s'opposer à ce qu'il soit vu par le médecin de la Compagnie d'assurances? Brouardel estime que la visite de ce dernier doit être autorisée sauf au blessé à la refuser. Cependant, dans une circulaire du 4 mai 1900, le Directeur de l'Assistance publique à Paris insistait sur l'interdiction formelle à tout médecin du dehors de venir constater l'état des victimes d'accidents du travail qui auraient été admises dans les hôpitaux, et, dans une circulaire du 28 février 1901, il revenait sur ce principe, tout en admettant la possibilité pour les médecins de Compagnies d'assurances d'entrer dans les services, d'y recueillir les renseignements utiles. Ces instructions, particulières d'ailleurs aux hôpitaux de Paris, nous semblent renfermer plus que la loi. Le Directeur de l'Assistance publique a le droit de prendre telles mesures de police qu'il juge nécessaires dans l'intérieur des hôpitaux, mais il paraît outrepasser ce droit en interdisant l'établissement de tout autre certificat que celui fait par le chef de service ou son interne. Certes, le médecin des hôpitaux, par sa situation indépendante, est moins suspect que tout autre de favoriser une des parties dans l'établissement de son certificat. Mais, la présence du blessé dans une salle d'hôpital ne relève pas le patron de sa

responsabilité et nous croyons que celui-ci aura le droit de faire désigner par le juge de paix un médecin pour procéder à l'établissement du certificat, si celui du chef de service ne lui paraît pas suffisamment complet. Il est un point cependant sur lequel on ne peut élever de discussion : le médecin étranger à l'hôpital n'a pas le droit de défaire un pansement sans l'assentiment du chef de service ou hors sa présence.

139. — Un médecin a toujours le droit de refuser le certificat qui lui est demandé, alors même qu'il aurait donné ses soins au blessé. Il n'est même pas forcé de l'établir s'il est désigné par un jugement du juge de paix, comme nous l'avons dit plus haut. En effet, on a toujours le droit, *en matière civile*, de refuser les fonctions d'expert.

140. — Au moment de la promulgation de la loi sur les accidents, certains syndicats médicaux s'étaient émus de la rédaction de l'article 29 ainsi conçu :

Les procès-verbaux, certificats... et autres actes faits ou rendus en vertu et pour l'exécution de la présente loi sont délivrés gratuitement.....

On avait cru à tort que cette gratuité édictée par la loi s'appliquerait aux certificats médicaux. Le contexte semblait pourtant bien montrer l'intention du législateur de ne viser que les actes judiciaires proprement dits et de n'édicter la gratuité que vis-à-vis du Trésor. C'est ce que le Comité consultatif des assurances a expliqué dans son avis du 31 mai 1899 :

.... le chef d'entreprise est tenu de se procurer à ses frais le certificat médical.... ; il en est évidemment de même de la victime de l'accident et de ses représentants si, usant de la faculté réservée par la loi, ils prennent l'initiative de la déclaration d'accident.....

Si donc le patron accepte le certificat qui lui est fourni par le blessé il en doit le prix : si, au contraire, il refuse ce certificat et que l'ouvrier fasse lui-même la déclaration, celui-ci devra payer directement le certificat à son médecin.

Il ne paraît pas que le patron puisse être tenu de payer deux certificats médicaux.

Le prix du premier certificat peut être variable : dans les hôpitaux de Paris, le Directeur de l'Assistance publique a fixé à cinq francs les émoluments dus au chef de service qui l'a établi. Certains médecins croient que le patron est tenu de payer le double du certificat établi pour la Compagnie d'assurances. Il n'est pas question de ce certificat dans la loi et nous croyons que l'ouvrier ne peut *l'imposer* à son patron ou à la Compagnie d'assurances.

141. — Nous nous sommes étendus assez longuement sur l'établissement du certificat médical ; il est important pour le médecin de bien connaître ses droits et ses devoirs en pareille matière. Nous serons brefs sur l'enquête qui suit la déclaration d'accident, enquête à laquelle le médecin est ordinairement moins directement mêlé.

La loi de 1898 ordonnait de transmettre au juge de paix la déclaration d'accident et le certificat médical lorsque la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente. La loi de 1902 ordonne au maire de faire la transmission dans tous les cas et laisse au juge de paix l'appréciation des conséquences probables de l'accident.

S'il paraît devoir résulter une incapacité permanente, le juge de paix doit, dans les 24 heures, procéder à une enquête sur :

...la cause, la nature, et les circonstances de l'accident ; les personnes victimes et le lieu où elles se trouvent, la nature des lésions, etc. (Art. 12).

L'enquête a lieu contradictoirement : le juge de paix peut commettre un expert pour l'assister dans l'enquête (art. 13). Cet expert peut évidemment être un médecin si le juge l'estime utile. Les parties ont aussi le droit de se faire assister par un médecin. Il nous semble que les patrons et les Compagnies d'assurances d'une part, l'ouvrier d'autre part, auront souvent intérêt à user de ce droit. Telle question

posée par l'homme de l'art peut démontrer la simulation de l'accident ou prouver la fausseté des allégations du blessé. Certains points gagnent aussi à être élucidés immédiatement alors qu'ils sont encore très présents à l'esprit des témoins. La loi a d'ailleurs bien compris l'intérêt qu'il y a pour les deux parties à ce que l'enquête soit faite le plus près possible de l'accident puisqu'elle enjoint au juge de la terminer au plus tard dans les dix jours à partir de l'accident.

CHAPITRE V

La Mort dans le Travail.

Silence de la loi sur la procédure à suivre en cas de mort. — Mort subite dans le travail et mort par le travail. — Jurisprudence. — Importance de l'autopsie pour le patron et pour les ayants droit de l'ouvrier. — Affections permettant le travail, tout en exposant à la mort subite. — Mort par inhibition.

142. — La loi française ne prévoit le cas de mort accidentelle dans le travail que pour régler l'indemnité due aux héritiers naturels du défunt. Elle ne s'occupe nullement de la procédure à suivre pour constater le décès et pour établir sa relation avec un fait accidentel. On admet généralement que le certificat mentionné à l'article 11, dont nous avons étudié l'établissement dans le chapitre précédent, n'a plus ici sa raison d'être. Le décès sera constaté dans les formes ordinaires, la déclaration d'accident sera faite par le chef d'entreprise ou par la famille de l'ouvrier et, sur ces deux pièces, viendra s'étayer la procédure propre à déterminer l'indemnité attribuable aux ayants droit.

Cette question mérite d'appeler l'attention, plus que le égislateur ne paraît l'avoir cru. Plusieurs cas peuvent se présenter et demandent à être examinés.

143. — Il peut arriver qu'au cours de son travail l'ouvrier tombe frappé de mort subite. Il était entouré de ses camarades ; personne n'a vu se produire aucun fait anormal ; le travail ne nécessitait pas d'efforts ; il n'a reçu aucun choc ; aucune intoxication n'a pu se produire. La mort doit être attribuée à une cause purement interne. Les dépositions des témoins sont-elles peu précices, confuses, contradictoires ? l'autopsie pourra être demandée par la famille du décédé ou par le patron. Il y aura intérêt naturellement à ce que cette

autopsie soit pratiquée le plus vite possible. Il sera au reste tout à fait exceptionnel que la question d'application de la loi de 1898 se pose pour les faits de cette nature.

144. — Il n'en sera plus de même si l'ouvrier est trouvé mort dans un endroit où l'appelait son travail, sans que personne ait été témoin du décès. La famille du mort ne manquera pas d'affirmer que le décès a été provoqué par le travail; de son côté le patron demandera que la preuve soit apportée de cette affirmation. On a prétendu à tort que le doute devait profiter à l'ouvrier. Cette allégation est plus humanitaire que juridique. *Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver*, dit notre code civil (Art. 1315). Les tribunaux ont eu souvent occasion de faire application de ce principe, en la matière qui nous occupe.

Un ouvrier occupé à graisser une bielle tombe de sa hauteur : il était mort. Le lieu où il se trouvait était toujours surchauffé et il y régnait constamment une chaleur humide. Quoiqu'à l'autopsie des lésions tuberculeuses eussent été trouvées, le Tribunal de Briey avait admis que la mort était en relation avec un accident du travail. La Cour de Nancy (25 mars 1901) déclara que

...la veuve d'un ouvrier, demanderesse en indemnité, doit prouver tout à la fois outre sa qualité et l'assujettissement à la loi du 9 avril 1898, de l'industrie dans laquelle s'effectuait le travail, *l'accident et la relation entre* l'accident et le travail.

La veuve fut déboutée et la Cour de Cassation (23 juillet 1902) confirma cet arrêt (1).

La Cour de Cassation a rendu un arrêt dans le même sens à propos d'un ouvrier électricien trouvé mort sur sa chaise, une cigarette à la main, dans un lieu où passaient de nombreux fils électriques. Sa veuve prétendait qu'il y avait eu électrocution. Une enquête fut ordonnée, l'autopsie fut pratiquée et ne put rien prouver. Remarquons d'ailleurs en passant, que la mort par les courants électriques peut ne

(1) *Rev. judic. des accid. du trav.* sept 1902.

laisser aucune trace, aucun signe de certitude. La veuve fut déboutée d'abord en première instance (6 janvier 1900) puis en appel (12 mai 1900) (1). La Cour de Cassation (10 juin 1902) devant laquelle l'affaire fut portée en dernier ressort prononça un arrêt dont quelques considérants méritent d'être rapportés :

Attendu que seuls, les accidents survenus par le fait du travail ou à l'occasion du travail, aux ouvriers et employés dans les industries que vise la loi du 9 avril 1898, donnent aux termes de cette loi, droit, au profit de celui qui en a été la victime ou de ses représentants, à une indemnité à la charge du chef d'entreprise ; qu'il suit de là que l'ouvrier, l'employé ou leurs représentants, demandeurs en indemnité, doivent prouver tout à la fois, outre leur qualité et l'assujettissement à la loi du 9 avril 1898 de l'industrie dans laquelle s'effectuerait le travail, l'accident et la relation entre l'accident et le travail ; que la dite loi n'apporte en effet aucune dérogation au principe posé par l'article 1315 du Code Civil ;...

Attendu que l'arrêt attaqué constate que les rapports médicaux, l'autopsie faite, les dépositions reçues ne permettent pas de dire si la mort de S... est due à une cause naturelle ou à une cause accidentelle ; qu'il décide en droit, que la charge de la preuve du caractère accidentel de la mort incombe à la demanderesse ; que, pour arriver à la découverte, il ordonne d'office une expertise nouvelle ;

Qu'en statuant ainsi, ledit arrêt n'a violé aucun des articles visés au pourvoi ;

Par ces motifs, rejette le pourvoi formé contre l'arrêt rendu par la Cour de Paris le 12 mai 1900 ;

Condamne la demanderesse.....

Ce dernier jugement est particulièrement intéressant ; surtout parce qu'il pose nettement un principe discuté, c'est que la preuve de l'accident et de la relation entre l'accident et le travail incombe à l'ouvrier blessé ou à ses ayants droit. Ce ne sont pas des possibilités, c'est au moins la probabilité que veut la justice.

Raffaelle (2) émet l'idée que, le plus souvent, les circonstances du décès, la position du cadavre, suffisent à

---

(1) *Rev. judic. accid. trav.* déc. 1900.

(2) *Il medico ed il giudice nella legge sugli infortuni del lavoro*, Napoli 1901.

éclairer la religion du médecin expert et du juge. On ne saurait trop s'élever contre cette opinion. Brouardel (1) a dit avec juste raison : *il y a un certain nombre de cas où il est impossible d'affirmer que la mort subite est la conséquence de telle ou telle lésion.* En présence d'un cadavre ne portant aucune trace de violence, un médecin ne pourra émettre le plus souvent aucune supposition fondée, sur la cause de la mort, après un examen superficiel. Une autopsie seule lui permettra d'être plus affirmatif. Encore laissera t elle parfois un doute dans l'esprit. Par conséquent, s'il y a eu constatation de décès sans accident évident, le patron ne pourra être considéré comme responsable qu'après une autopsie ayant clairement rattaché la mort au travail du décédé. On comprend que l'Office impérial allemand ait rendu obligatoire l'autopsie dans les cas douteux : l'omission de cette formalité par les associations professionnelles est interprétée devant cette juridiction dans un sens défavorable pour elles.

Becker cite le jugement suivant rendu par le Tribunal suprême :

L'association professionnelle a commis une faute dans la recherche des causes de la mort de X.. Les circonstances dans lesquelles elle s'est produite obligeaient l'association professionnelle à faire procéder à l'autopsie pour en déceler le motif, ainsi que le prescrit la loi sur les assurances contre les accidents......

145. — La cause de la mort peut ne pas paraître douteuse. En fait, elle peut même ne pas prêter à discussion. Un homme est renversé par la chute d'une lourde masse; le médecin appelé constate un écrasement du thorax, une fracture du crâne. Il serait oiseux d'ergoter.

146. — D'autres fois, il y aura eu choc dont les témoins auront pu ne pas apprécier exactement la violence, chute d'un lieu élevé. On est facilement porté à expliquer le décès par l'accident qui l'a précédé, au moins en apparence. Si l'on

(1) *La mort et la mort subite*, Paris, 1895.

pousse plus loin l'examen, on peut au contraire se demander si la chute ne s'est pas produite plutôt parce que l'ouvrier avait été frappé de mort subite pendant son travail. Voici deux cas empruntés à la pratique d'une grande Compagnie d'assurances :

X.. maçon, était sur un échafaudage à son travail. Son compagnon l'entend tout à coup pousser un léger cri : il se retourne, ne le voit plus près de lui et, se penchant, il l'aperçoit à terre. La mort fut attribuée à une fracture du crâne provoquée par la chute. L'homme n'était-il pas plutôt tombé de son échafaudage parce qu'il était mort?

N... attendait sur le bord de la rivière une gabarre de charbon ; un douanier, près de là, entend le bruit de la chute d'un corps dans l'eau; il n'a rien vu, entendu aucun cri. Y a-t-il eu mort par submersion? On peut se le demander.

147. — Il est en effet de nombreuses affections évoluant chroniquement, qui permettent le travail jusqu'à la dernière minute. Le malade se trouve frappé au milieu de ses occupations, alors que rien ne pouvait faire prévoir sa mort imminente. Les exemples abondent de ces faits. Brouardel en cite de nombreux dans ses leçons sur la mort subite auxquelles nous emprunterons les détails qui suivent.

Dans la symphyse péricardique, dans le cœur gras, on a vu la mort se produire en quelques instants pendant le travail.

Dans l'insuffisance aortique, dans l'insuffisance mitrale il peut en être de même.

Dans les abcès du cerveau, dans les tumeurs cérébrales il peut y avoir une latence extraordinaire de l'affection : un garçon de salle tombe sans connaissance au moment où il frotte les parquets et à l'autopsie on trouve dans le lobe sphénoïdal un abcès de la grosseur d'un œuf de poule; dans une discussion entre patron et ouvriers à propos d'une grève, le premier bouscule un peu ceux-ci pour se dégager. L'un d'eux tombe mort et l'ouverture de la boite crânienne montre, sur la paroi du quatrième ventricule, trois petites tumeurs fibreuses (Brouardel).

Certaines affections pourraient paraître ne pas devoir entraîner la mort aussi imprévue : la tuberculose pulmonaire, par exemple, dont Brouardel cite un cas qui aurait pu être attribué à un accident du travail : un garçon tripier de 20 ans, au moment où il sert un client, tombe à la renverse et se fend la tête sur le rebord d'une table. L'autopsie montre que les deux poumons sont farcis de tubercules ; et cet homme n'avait jamais eu d'interruption dans son travail, personne ne l'avait jamais entendu tousser, tous ignoraient sa tuberculose.

La fréquence de la mort subite dans la pleurésie est bien connue, et l'on sait d'autre part combien souvent des épanchements pleurétiques même abondants n'empêchent pas ceux qui en sont porteurs d'aller et venir sans trop de gêne apparente.

Au cours d'une simple pharyngite constituant à peine une indisposition, on a vu des syncopes mortelles.

Brouardel a insisté sur la fréquence de la mort subite par le rein ; combien d'individus sont en imminence d'urémie sans le soupçonner !

On comprend donc l'utilité de l'autopsie qui viendra parfois jeter un jour singulier et imprévu sur la vraie cause d'une mort trop facilement expliquée.

148. — On peut poser comme règle que cette autopsie s'imposera toutes les fois qu'il y aura eu mort avec chute d'un lieu élevé, alors que rien n'a provoqué cette chute sinon un soi-disant faux pas, ou un étourdissement. La constatation d'une fracture du crâne, de lésions multiples ne devra pas suffire. Qui peut affirmer que ces traumatismes n'ont pas été produits *post mortem?* L'autopsie devra être toujours conduite avec la plus grande rigueur, ne devra laisser aucun organe inexploré : n'a-t-on pas signalé des cas de mort subite par thrombose et embolie au cours d'une blennhorrhagie, des faits d'insuffisance surrénale méconnue se terminant brusquement par la mort ?

D'autres fois, il y aura bien eu traumatisme, mais si léger, qu'on ne peut pas le considérer comme la cause du décès.

Certaines maladies, surtout celles du système nerveux central, prédisposent d'une façon toute particulière à l'action funeste du trauma le moins intense et VIEILLE (1) a montré l'importance de ces faits précisément au point de vue des accidents du travail.

149. — Si l'autopsie ne peut fournir aucun renseignement sur la cause de la mort, on pourra pourtant quelquefois émettre des probabilités en se basant sur les circonstances dans lesquelles le patient a succombé. On n'ignore pas qu'il existe un mécanisme particulier de mort qu'on a désigné sous le nom de *mort par inhibition* et qui ne laisse aucune trace, ne permet aucune conclusion précise. Une grande frayeur, une émotion quelconque peuvent provoquer une syncope cardiaque. Un choc léger peut de même, par action réflexe, causer l'arrêt du cœur. L'excitation de certaines parties du corps semble particulièrement dangereuse : le danger des coups portés au creux épigastrique est de connaissance populaire; la région laryngée n'est pas moins facilement excitable et certains procès célèbres ont appelé l'attention sur elle : tel celui de cet individu qui voit sa maîtresse tomber morte dans ses bras au moment où, en manière de jeu, il lui serrait légèrement le cou.

Nous concluerons donc : toutes les fois que l'autopsie n'aura rien prouvé sur la cause du décès, et qu'il sera nettement établi par les témoignages que le traumatisme a porté sur une région dangereuse, la nature accidentelle de la mort devra être considérée comme infiniment probable.

---

(1) La mort subite dans les affections organiques des centres nerveux; le traumatisme léger, cause déterminante de la mort subite dans ces affections, au point de vue médico-légal. Th. Lyon, 1900-01.

DEUXIÈME PARTIE

LES SUITES DE L'ACCIDENT

I

COMPLICATIONS DES TRAUMATISMES

CHAPITRE PREMIER

Influence de l'état antérieur de la victime.

I. Opinions émises antérieurement à la loi de 1898 sur la responsabilité de l'auteur du traumatisme en ce qui ne dépend pas de la nature propre du traumatisme. — Jurisprudence, travaux préparatoires de la loi et opinion des commentateurs divers depuis la loi. — Il semble juste de tenir compte de l'état antérieur.
II. Modes d'action de l'état antérieur. — Épilepsie — Vertiges des artérioscléreux. — Hémophilie ; fragilité osseuse, résistance normale des divers os. — Influence de l'âge, des diathèses, des intoxications, des infections. — Alcoolisme ; *delirium tremens*. — Syphilis. — Paludisme. — Cancer. — Affections cardiaques, rénales, vasculaires.

I

150. — Avant la promulgation de la loi de 1898 sur les accidents du travail, la question des rapports entre un traumatisme et les maladies ou diathèses dont pouvait être atteinte la victime, antérieurement à l'accident, avait appelé l'attention des jurisconsultes et des médecins experts. Plu-

sieurs fois la Société de médecine légale avait mis à son ordre du jour cet intéressant point de droit. Quelques semaines avant la promulgation de la loi que nous étudions, le docteur FLOQUET (1) avait demandé à nouveau son avis à cette assemblée. A ce moment la discussion du risque industriel occupait les séances de la Chambre et la question était toute d'actualité. Le docteur FLOQUET demandait à ses collègues de se prononcer sur les trois cas suivants, pris comme types, dont le premier seul retiendra notre attention pour le moment :

A la suite d'un traumatisme plus ou moins grave chez un diabétique, la plaie devient gangréneuse et nécessite l'amputation du membre blessé ;

Un blessé atteint d'une fracture de jambe meurt d'une pneumonie favorisée par le décubitus dorsal ;

Un accident est aggravé par le manque de soins ou par un traitement inopportun ;

Dans ces trois cas, *quid* de la responsabilité de l'auteur du traumatisme? Doit-il supporter toutes les suites de l'accident ou, au contraire, n'est-il tenu d'indemniser sa victime que dans la proportion du tort causé à un individu parfaitement sain et valide antérieurement?

M. FLOQUET rappelait le principe posé par FODÉRÉ en matière pénale : « Tout ce qui ne dépend pas à proprement parler de la nature de la blessure ne saurait être imputé à son auteur, » et admettait l'application de ce principe en matière civile. L'éminent magistrat qui présidait à ce moment la Société de médecine légale, M. BENOIT, Président à la Cour d'Appel de Paris, résuma la discussion en constatant l'accord presque unanime et émit son avis de la façon la plus nette :

Si le blessé était malade avant l'accident, la blessure n'est pas la cause directe des complications ; il y a un tempérament à apporter à la responsabilité de l'auteur.

Plusieurs jugements avaient été déjà rendus en ce sens en matière de responsabilité civile.

---

(1) Soc. méd. lég. 14 février 1898.

151. — La loi de 1898 n'innovait rien quant à l'étendue elle même de la responsabilité; elle se contentait de déterminer la personne responsable et la réparation due. Cependant, depuis sa promulgation, il s'est créé une nouvelle école d'interprétateurs qui, en matière ouvrière tout au moins, veulent une responsabilité sans limites : non seulement l'accident, mais toutes ses suites doivent être mises à la charge du patron, quelle que soit la part du traumatisme lui même dans la production des suites pathologiques.

L'indemnité fixée par la loi, dit un arrêt du Tribunal d'Orléans (8 août 1900) doit être accordée sans que le tribunal ait à rechercher s'il n'existait pas dans la constitution physique de la victime des motifs pouvant atténuer ou faire disparaître la responsabilité patronale.

Dans le même sens ont jugé le Tribunal de Boulogne-sur-Mer (7 décembre 1901), celui de Saint Étienne (21 novembre 1901), la Cour de Rouen (27 février 1901), la Cour de Lyon (7 août 1901) (1). La Cour de Cassation déclare elle même que

La détermination de l'indemnité dépend du salaire effectif de l'ouvrier blessé et des facultés de travail que lui laisse l'accident. L'état d'infirmité dans lequel la victime se trouvait avant l'accident importe peu au point de vue de la détermination de son état actuel. (23 août 1902) (2).

152. — Cette interprétation nous semble être une extension de la loi plutôt que la loi elle-même. Le texte de celle ci est formel, et parle « de la réduction que *l'accident* aura fait subir au salaire. » Si la réduction est due à la concomitance de l'accident et d'une maladie préexistante, le juge doit établir la part qui revient au premier : seule elle devrait être à la charge du patron.

Cette opinion a été émise par d'autres commentateurs, parmi les plus autorisés. Sachet, en particulier, dans son traité si justement estimé, s'exprime ainsi :

---

(1) *Rec. spéc. accid. trav. Passim*, 1901.
(2) *Rec. spéc. accid. trav.* août 1902.

« .... Quand la victime d'un accident est atteinte d'une infirmité ou d'une maladie constitutionnelle préexistante qui a pour effet d'aggraver son état, il n'y a pas lieu de tenir compte de cette aggravation dans l'évaluation de l'indemnité. Par exemple, un ouvrier privé d'un œil, vient à perdre l'autre dans un accident; il ne saurait avoir droit à la même indemnité qu'un ouvrier à qui un sinistre aurait enlevé l'usage complet de la vue. Au lieu d'être classé dans la catégorie des individus frappés d'une incapacité permanente totale de travail, il ne verra son indemnité calculée qu'à raison d'une incapacité permanente partielle. De même, parmi les victimes d'un accident se trouve un ouvrier déjà atteint d'une diathèse, telle que le diabète, l'albuminurie, ou la cirrhose alcoolique; sa blessure offrait peu de gravité en elle-même, mais elle est devenue mortelle par l'effet de l'action préexistante. Les parents survivants de l'ouvrier décédé dans ces conditions n'auront pas droit à l'indemnité afférente aux accidents mortels. »

Sachet se base en outre, pour appuyer sa théorie, sur les travaux préliminaires de la loi. Il rappelle que, lors de la discussion, un député, M. Drox, avait proposé un amendement ainsi conçu :

« Les indemnités ne seront dues qu'aux conséquences directes et immédiates des accidents, et non pour les suites d'une opération chirurgicale, qui n'aurait pas été motivée par l'accident lui-même ni pour les aggravations résultant de lésions ou d'infirmités préexistantes. »

Le rapporteur déclara que la commission était absolument d'accord avec M. Drox, mais lui demanda, pour ne pas surcharger le texte de la loi, de retirer son amendement qui ne fut pas repris, mais il semble bien que la Chambre comprenait la loi de la même façon que le rapporteur de la commission.

153. — C'est ainsi qu'ont jugé :

Le Tribunal de Lorient (13 décembre 1901), qui déclare que l'on doit tenir compte de la maladie antérieure ou de la prédisposition de la victime :

Le juge de paix du premier canton du Mans (4 mai 1900) :

Le chef d'établissement doit être admis à prouver que l'incapacité de travail de la victime d'un accident est la conséquence de la maladie constitutionnelle, dont l'ouvrier est atteint;

La Cour de Bordeaux (18 décembre 1900), confirmant un arrêt du Tribunal de la même ville (5 novembre 1900) :

Les incapacités résultant d'un vice de tempérament ou d'une maladie constitutionnelle dont la victime était atteinte antérieurement, ne donnent pas droit au bénéfice de la loi du 9 avril 1898.

La Cour de Rennes (6 novembre 1902), la Cour de Nîmes (23 juin 1902), le Tribunal de la Seine (11 janvier 1902), en des espèces diverses, disent que, lorsque l'accident n'a fait qu'avancer la mort, il n'y a pas lieu d'attribuer à la veuve la rente viagère intégrale à laquelle elle aurait droit.

La Cour de Rouen (22 mars 1901), la Cour de Paris (16 février 1901) admettent que, lorsqu'un ouvrier victime d'un accident se trouve atteint d'une incapacité permanente qui ne devient absolue que par suite d'une infirmité antérieure, il ne peut réclamer une pension égale aux 2/3 de son salaire. Il y a lieu de fixer l'indemnité en tenant compte de l'état antérieur de cet ouvrier et des autres circonstances de la cause (Cour de Paris, 22 mars 1902).

154. — Cette interprétation de la loi semble la plus conforme à la logique. S'il est naturel de mettre à la charge de l'industrie le risque industriel proprement dit, il paraît aussi juste de ne pas aggraver ce risque en y faisant entrer tout ce qui constitue les tares personnelles à chaque individu. Agir autrement, c'est imposer au patron une charge indépendante de son industrie; c'est le grever au-delà de ce qu'il lui est permis de prévoir. On nous objectera que les Compagnies d'assurances ne font aucune différence, dans l'application de leurs tarifs, entre les ouvriers sains et les ouvriers malades. Mais, si la plupart des employeurs sont couverts par une Compagnie d'assurances, il en est d'autres qui sont eux-mêmes leurs propres assureurs. De plus, il n'est pas prouvé que les Compagnies n'élèveraient pas leurs tarifs si la première jurisprudence que nous avons exposée s'établissait d'une façon définitive ou était consacrée par une loi. Qu'arriverait-il alors? Les patrons exigeraient, avant d'embaucher

un ouvrier, la production d'un certificat médical, dont on a déjà proposé l'usage, ou d'une sorte de livret qui indiquerait toutes les tares physiques, tous les accidents antérieurs. Un ouvrier qui n'aurait pas sa patente sanitaire nette ne pourrait trouver à être employé. La supposition n'est pas chimérique et bien des auteurs ont rappelé avant nous le fait des crétins du Valais, qui, jadis employés en Suisse comme manœuvres, se sont vus repousser de tous les ateliers à dater de l'application des lois sur les accidents du travail. Nous avons pu voir nous-mêmes une grande entreprise industrielle congédier, le même jour, trente de ses ouvriers, porteurs de tares physiques légères en elles-mêmes, mais aggravant le risque industriel : il s'agissait surtout de la réduction de l'acuité visuelle portant sur un seul œil.

155. — On a objecté à notre théorie que le gain de l'ouvrier malade est en proportion avec sa capacité de travail et que, par conséquent, la réparation reste toujours équitable. Cet argument est spécieux; le tort causé n'est pas le même si l'ouvrier pouvait compter fournir une longue carrière, ou si la maladie ne devait plus lui permettre que quelques jours de travail. En réalité d'ailleurs, le plus souvent, tant que la capacité individuelle n'est que faiblement touchée, l'ouvrier fournit un plus grand effort et son salaire n'est pas influencé par la maladie.

Une seconde objection se base sur la difficulté pratique de délimiter ce qui est le fait de l'accident, ce qui revient à la maladie antérieure. Nous ne nions pas cette difficulté; nous croyons même que, dans bien des cas, le partage sera impossible, mais, toutes les fois qu'on pourra le faire, nous croyons qu'il est imposé par l'équité.

156. — On ne doit pas se lasser de le répéter avec Sachet : la solution départageant la responsabilité qui incombe à l'accident et celle qui incombe à l'état antérieur dans le trouble de la santé, est la seule équitable, la seule véritablement conforme à l'intérêt du patron et de l'ouvrier.

On ne pourra même pas objecter la question d'humanité, le jour prochain, espérons le, où, à côté de notre assurance accidents, fonctionnera une assurance invalidité qui protégera l'ouvrier contre toute incapacité de travail, quelle qu'en soit la cause.

Nous avons tenu à insister longuement sur cette question, quoiqu'elle sorte un peu de notre cadre médical et qu'un jurisconsulte eût été plus autorisé que nous à la traiter ; nous voulions seulement montrer que l'interprétation qui a nos préférences compte encore de nombreux adeptes. C'est ce qui fera comprendre l'intérêt pour le médecin de bien connaître les modifications que peut apporter à un trauma donné la réaction individuelle de la victime.

II

157. — L'état antérieur d'un individu peut intervenir de trois façons différentes : il peut jouer la plus grande part dans la production de l'accident ; il peut retentir sur les lésions traumatiques en empêchant leur évolution normale ; enfin, il peut subir à son tour l'influence du traumatisme. Nous laisserons de côté pour le moment ce troisième point qui sera traité plus longuement dans les chapitres suivants.

158. — Nous avons dit que l'accident lui-même pouvait n'exister ou n'avoir de conséquences qu'en raison de l'état antérieur de l'ouvrier. Un *épileptique*, surpris par son mal, alors qu'il est au travail, tombe sur une brouette remplie de scories incandescentes et se brûle grièvement ; un *artério-scléreux*, pris d'un étourdissement, fait une chute d'un échafaudage élevé et se tue. Voilà des cas où, sans la maladie préexistante, l'accident ne se serait pas produit. Mais les conditions du travail ont notablement aggravé le risque. Si l'attaque d'épilepsie avait eu lieu dans la chambre du malade, si le vertige avait frappé notre artério-scléreux alors qu'il était à terre, aucun danger n'aurait existé pour eux. Aussi, le Tribunal de Saint-Étienne (16 mars 1903), celui d'Amiens

(21 février 1903), celui de Privas (23 avril 1901), la Cour d'Aix (2 mars 1901), celle de Douai (11 mars 1902). ont, dans des cas analogues, admis la responsabilité complète du patron et l'application intégrale de la loi. Nous admettons volontiers cette jurisprudence en faisant cependant cette objection que l'ouvrier, qui se sait sujet aux attaques d'épilepsie, commet une faute grave en se livrant à un travail qu'il sait particulièrement dangereux dans son état. Nous ferions d'ailleurs le même reproche de faute grave au patron qui, connaissant les antécédents de son employé, l'expose à des conséquences fâcheuses de ses chutes pathologiques.

159. — Dans d'autres circonstances l'accident qui eût été insignifiant, le plus souvent, prend une gravité immédiate tirée de l'état pathologique du sujet. Ainsi, chez les *hémophiles*, la plus petite rupture vasculaire pourra donner lieu à des hémorrhagies intarissables, qui, parfois, amèneront la mort.

160. — La *fragilité particulière* des os peut exister dans un certain nombre d'états pathologiques. Elle a été notée en particulier chez les tabétiques où elle peut être le premier signe révélateur de l'affection nerveuse, chez les phtisiques (en particulier au niveau des côtes), chez les atrophiques musculaires où elle présente moins d'intérêt à notre point de vue. Elle pourra encore résulter d'une altération proprement dite de l'os : tumeur dont elle pourra être la première manifestation, tuberculose, etc.. Golebiewski (1) rapporte une fracture de la colonne vertébrale en soulevant un fardeau de poids moyen, une fracture du calcanéum après avoir monté plusieurs étages, toutes deux attribuables à une tuberculose osseuse. Thiem (2) cite de nombreux cas analogues. Pour apprécier la part de l'état antérieur dans la fracture osseuse, on a mesuré la force nécessaire pour amener la rupture par flexion de l'os. Messerer a ainsi dressé le tableau suivant (Golebiewski) :

(1) *Atlas manuel des accidents*. Traduct. Riche. Paris, 1902.
(2) *Handbuch der Unfallerkrankungen*. Stuttgart, 1900.

Clavicule chez l'homme	192	kilog.
Clavicule chez la femme	126	—
Humérus chez une femme	600	—
Radius chez l'homme	334	—
Radius chez la femme	220	—
Corps du fémur	756	—
Col du fémur chez l'homme	815	—
Tibia chez l'homme . . . . entre 650 et	450	—

Nous donnons ces chiffres à titre de renseignements ; on ne devra en tenir compte que dans des limites fort larges ; on devra surtout se rappeler que souvent, à la violence extérieure, vient s'ajouter l'action de la contraction musculaire extrêmement puissante. L'évaluation de la force extérieure elle-même pourra être faite approximativement dans bien des cas au moyen des formules ordinaires de la mécanique. Quelques calculs permettront de se rendre compte qu'une évaluation faite en dehors de ces règles manquerait totalement de base.

161. — Le plus souvent, ce n'est pas aussi immédiatement que se révèlera l'influence de l'état antérieur de la victime. Il nuira plutôt à la réparation des tissus traumatisés, retardera la guérison, ou même l'empêchera totalement. Ces effets ont été étudiés assez complètement par Verneuil et son école ; Villemin a récemment résumé et mis au point ces travaux d'après les données de la science contemporaine (1).

L'*âge* joue un certain rôle dans la guérison des blessures. Il y a chez le vieillard un ralentissement de l'activité cellulaire qui rend plus difficile la régénération des tissus. Aussi verra-t-on facilement, chez les sujets âgés, s'éterniser des plaies qui semblaient devoir se cicatriser rapidement.

162. — On a beaucoup exagéré l'influence des *diathèses* au temps où l'on distinguait des diathèses scrofuleuse, lymphatique, cancéreuse, rachitique (2), etc.. Il reste peu de choses

---

(1) Villemin. *Infections, traumatismes, diathèses.* Paris.
(2) Verneuil. *Mémoires de chirurgie.* T. III. Paris, 1883.

de toutes les théories édifiées sur ce sujet. On ne peut nier cependant l'existence d'une prédisposition particulière à certaines manifestations arthritiques, qui influera souvent sur la guérison des traumatismes osseux ou articulaires.

Il faudrait rapprocher des diathèses la tendance souvent familiale qu'ont certains individus à devenir le terrain d'évolution d'un microbe donné. C'est un fait d'observation vulgaire, et tel ouvrier vous dira « qu'il ne fait pas facilement du pus. » Ce n'est là qu'un épisode particulier d'une loi biologique probablement générale; certaines espèces sont particulièrement rebelles à l'infection microbienne; certaines sont d'une sensibilité exquise à un micro-organisme déterminé. Tout intéressants que soient ces faits, ils sont encore trop peu connus, pour qu'on puisse, le plus ordinairement, en tirer un réel parti dans la médecine des accidents.

163. — Beaucoup plus importante et mieux étudiée est l'action des *intoxications* et des *infections* sur la marche des traumatismes.

L'*Alcoolisme* chronique crée un terrain très favorable à tous les accidents septiques; Verneuil, après Tardieu, a depuis longtemps signalé le cas où la septicémie, la gangrène emportent rapidement les blessés alcooliques. Cette intoxication ralentit beaucoup la réparation des plaies et prédispose aux hémorrhagies. Maussire (1) a rassemblé un certain nombre de faits où le retard apporté à la guérison a été des plus notables; c'est ainsi qu'une amputation de jambe demanda trois mois avant d'arriver à la cicatrisation; qu'une amputation de cuisse ne permit la sortie de l'hôpital que neuf mois plus tard. Le même auteur relate les travaux d'Abbott sur la diminution des globules blancs chez les alcooliques et la moindre résistance aux infections streptococcique et colibacillaire; ceux de Laav-Laitinen sur la diminution de l'alcalescence, du nombre des globules blancs et des qualités bactéricides du sang.

---

(1) *Acool et traumatisme*, Th. Paris, 1900-01.

164. — Mais l'accident le plus redoutable de l'intoxication alcoolique est constitué par le *delirium tremens*. L'action du traumatisme, dans l'étiologie du délire alcoolique, a été contestée. Jacobson (cité par Maussire) croit que son importance pathogénique est très limitée : le traumatisme résulterait plutôt de l'incertitude et de la maladresse du délirant déjà pris. Maussire est bien près d'être de cet avis. Il est certain que le traumatisme, à la suite duquel éclate l'accès de délire, n'est que la goutte d'eau qui fait déborder le vase : on sait d'ailleurs que, bien souvent, l'apparition du délire alcoolique se fait spontanément, sans cause occasionnelle apparente. Cependant, certains arrêts ont considéré la responsabilité patronale comme complète lorsque le *delirium tremens* avait causé la mort du blessé (Trib. de Saint-Quentin et d'Amiens, 26 juin 1900) ; nous croyons que ce n'est pas assez tenir compte de l'influence exercée par l'état antérieur du sujet.

Le délire alcoolique est grave non seulement par ses suites immédiates puisqu'il peut occasionner la mort dans 1/16 des cas, mais encore parce que souvent, pendant l'accès, le blessé enlèvera toute espèce de pansement ou d'appareil, compromettant ainsi gravement sa guérison.

Enfin l'alcool pourra agir sur l'accident indirectement par les lésions diverses dont il aura été la cause.

165. — Parmi celles-ci, les névrites méritent d'appeler l'attention, d'autant plus qu'elles peuvent reconnaître pour étiologie d'autres intoxications, *le saturnisme* en particulier, dont nous avons noté la fréquence chez les ouvriers. Les expériences de Kapsammer, de Kusmin (citées par Thiem) montrent qu'après résection des nerfs, la réparation des os fracturés se fait mal : le cal est volumineux et manque de solidité.

Nous ne ferons qu'indiquer le *morphinisme*, bien rare dans la classe ouvrière, comme cause de réparation lente et d'infections faciles.

166. — La *Tuberculose* semble ralentir le processus de guérison des plaies.

Dans la *Syphilis*, malgré les soins antiseptiques, les plaies guérissent mal, la suppuration est souvent abondante; il en fut ainsi par exemple dans deux cas de STERN (1), où le traitement par les frictions mercurielles, vint, en provoquant la guérison rapide, montrer la vraie nature des accidents observés. A toutes ses périodes, mais surtout à la période tertiaire, la syphilis a une influence non seulement sur la production des fractures par suite d'une certaine fragilité des os, mais encore sur leur consolidation qui paraît sensiblement retardée. Nous devons à notre confrère et ami le Dr GIRAUDEAU, de Nantes, une observation bien démonstrative. Il s'agit d'un étudiant en médecine qui, le même jour, se fractura un bras et se contagionna au contact d'une femme syphilitique. Au bout d'un mois, il n'y avait pas trace de consolidation. Le traitement antisyphilitique fut alors institué et le cal osseux se forma très rapidement.

Le *paludisme* influe sur la réparation des lésions en les retardant, surtout à la période de cachexie. On a aussi signalé des névralgies rebelles à type intermittent, le plus ordinairement chez les blessés paludiques. Enfin, il pourrait encore se produire des hémorrhagies périodiques. (DÉRIAUD) (2).

Le *cancer* a aussi une action néfaste sur la guérison des lésions traumatiques; de plus, il semble faciliter les hémorrhagies.

167. — Presque toutes les affections chroniques retentissent plus ou moins sur les traumatismes par les troubles profonds qu'elles causent dans la nutrition. Il en est ainsi *des affections cardiaques* mal compensées; de *l'artério sclérose*; *des affections chroniques du foie* qui prédisposent aux hémorrhagies, aux gangrènes; des *affections rénales* (3) qui sont la

(1) Wien. Klin. Wochensch, 1902.

(2) In VERNEUIL — *Mémoires de chirurgie*. T. III.

(3) Cf. un cas de NICAISE, cité par LEGRAIN (*Ann. hyg. et méd. lég.* 1895) où un traumatisme léger chez un rénal amena la mort rapide par infection purulente.

cause réelle de nombreuses complications infectieuses et dans lesquelles les plaies restent atones, se réparent mal et lentement. Le *diabète* mérite une mention spéciale par suite du rôle qu'il joue dans le développement des infections. Telle écorchure insignifiante chez un sujet sain, peut, chez un diabétique, occasionner un phlegmon diffus et entraîner la mort si l'antisepsie la plus absolue n'est pas rigoureusement observée.

168. — Les *varices* doivent aussi attirer l'attention; on sait combien le moindre traumatisme, insignifiant dans des tissus sains, prend une importance considérable s'il frappe un membre couvert de varices, On connaît les ulcères interminables qui en sont la suite.

169. — Nous venons de passer rapidement en revue l'influence d'une maladie antérieure sur un traumatisme. Nous avons dit comment nous apprécions dans ces cas la diminution de la responsabilité patronale.

La question ne nous semble pas tout à fait se poser de la même façon lorsqu'il s'agit d'une infirmité préexistante. Lorsqu'un ouvrier borgne est privé de son second œil par un traumatisme, l'accident est bien seul en cause dans la *diminution de capacité* de travail qui en résulte.

Cette diminution était, il est vrai, plus facile à produire chez cet ouvrier que chez un autre, mais aussi le risque était moins grand probablement puisque, logiquement, cet ouvrier devait être moins payé. Nous admettrions donc facilement qu'on ne tînt pas compte d'une infirmité qui, somme toute, n'a joué aucun rôle dans l'évolution du traumatisme actuel, au lieu que, dans tous les cas que nous venons d'étudier, la maladie antérieure de l'ouvrier a souvent eu une influence plus importante que le traumatisme lui-même.

CHAPITRE II

Les États Pathologiques Post-Traumatiques.

Responsabilité de l'auteur de l'accident en ce qui concerne les états post-traumatiques. — Infections surajoutées : règles à suivre pour la détermination de la responsabilité. — Complications infectieuses des plaies. — Ostéomyélite. — Infections rares : tétanos, syphilis etc. — Maladies traumatiques et maladies post-traumatiques. — Principes généraux devant guider le médecin.

170. — Dans la discussion de la Société de Médecine légale que nous rappelions au début du chapitre précédent, M. Floquet supposait le cas d'un blessé qui, à la suite d'une fracture de jambe succombait à une pneumonie probablement favorisée par le décubitus prolongé et il se demandait jusqu'où s'étendait alors la responsabilité de l'auteur de l'accident. La question peut se poser fréquemment dans la pratique. M. Floquet proposait d'y répondre par l'application des principes qui régissent le droit pénal. Mais il y a une énorme différence entre la responsabilité civile et la responsabilité criminelle. Tandis que celle-ci ne peut évidemment s'étendre qu'aux actes accomplis avec intention, celle-là comprend tous les faits quelconques ayant occasionné un préjudice, que ces actes soient intentionnels ou non. Au principe de Fodéré déjà cité, il suffirait de faire une bien légère modification pour qu'il pût s'appliquer à la responsabilité civile. On pourrait ainsi le formuler : tout ce qui n'est pas la conséquence de la blessure n'est pas imputable à son auteur. C'est, au

surplus, l'application de cette formule que nous avons faite dans le chapitre précédent; c'est elle que nous aurons à faire dans les détails qui vont suivre; c'est elle encore qui nous apportera la solution du problème posé plus haut.

L'ouvrier atteint d'une fracture du membre inférieur et qu'une longue immobilisation a prédisposé à une *pneumonie hypostatique* est évidemment fondé à réclamer à son patron l'indemnité légale pendant la durée de cette pneumonie. On ne pourrait même prétendre qu'il a fallu une infection surajoutée pour produire la maladie; les micro organismes en cause sont tellement banaux que la question du terrain joue le plus grand rôle et c'est bien la blessure qui est responsable du terrain créé.

171. — Le blessé qui entre dans une salle d'hôpital, où se trouvent des cas d'érysipèle, de fièvre typhoïde, de scarlatine... et qui succombe à l'une de ces affections, n'a été victime de la contagion que par suite de son accident. Celui-ci est la cause première; par conséquent il semble logique de faire rentrer dans ses suites l'affection contagieuse qui l'a suivi, quoique celle-ci ne soit pas d'origine traumatique à proprement parler.

Une règle s'impose rigoureusement dans l'appréciation de ces cas; c'est la démonstration de la contagion par le fait du séjour dans une salle d'hôpital. Chaque fait particulier comportera une solution différente. Le médecin expert devra se baser sur la connaissance des périodes d'incubation d'une maladie donnée, sur la présence ou l'absence dans la salle, de patients atteints de la même infection sur leur plus ou moins grande proximité du lit du blessé, sur le transport possible des germes par le personnel hospitalier. Il devra penser à la contagion possible avant l'accident, et déterminer avec soin pour cela la date du début de la maladie, l'état de santé de l'entourage immédiat du blessé avant son entrée à l'hôpital, les foyers actuels d'épidémie. Ce sera là une enquête minutieuse et difficile, mais nécessaire, pour arriver, sinon à la preuve complète, du moins au maximum de pro-

babilité. La connaissance exacte de la durée des périodes d'incubation sera indispensable bien souvent. C'est ainsi qu'alors même que le blessé aurait été en contact avec des varioleux pendant son séjour à l'hôpital, on devra rechercher une autre cause de contagion pour toute variole apparue dans les huit premiers jours de l'entrée ou quinze jours après la sortie.

172. — Les complications infectieuses des plaies ne prètent guère à discussion. Du moment qu'il y a eu solution de continuité des téguments dans un milieu ouvrier, on peut être sûr que fatalement, des micro organismes se seront trouvés soit sur le corps ayant provoqué la blessure, soit sur la peau ou les vêtements du blessé, soit dans l'entourage, en quantité suffisante pour provoquer l'infection de la plaie. Alors même que les soins antiseptiques ont pu être donnés complètement sur l'heure, on sait combien la désinfection d'une plaie est difficile. Tout ce qui relève de la contamination rapide par les germes ordinairement répandus, doit donc, sans discussion, être regardé comme suite directe de l'accident.

173. — Que dire des suppurations tardives? Il arrive qu'à la suite d'une contusion simple aucun trouble n'apparaît pendant un laps de temps quelquefois assez long. Puis, tout à coup, éclatent des symptômes fébriles relevant d'une inflammation profonde. Becker cite un cas de ce genre expertisé par Blasius. Il s'agissait d'un homme ayant reçu un coup de pied de cheval dans la cuisse droite. Il y eut production immédiate d'une ecchymose. Cependant l'accident ne semblait pas avoir de suites graves lorsque, un mois plus tard, le médecin traitant, devant la fièvre existant depuis plusieurs jours, et en présence d'un point douloureux au niveau de la contusion ancienne, pensa à une suppuration profonde. Il en résulta une incapacité de travail qui dura plusieurs mois.

Blasius admit qu'une collection sanguine s'était développée

profondément. Il fit remarquer que cette collection sanguine était un terrain merveilleux pour la colonisation microbienne. Les micro organismes sont d'ailleurs en nombre suffisant au niveau des cavités naturelles pour que l'infection puisse se produire facilement. Pour le médecin expert, et nous nous rangeons à cet avis, il y avait bien relation de cause à effet entre l'accident et la suppuration.

L'histoire des *ostéomyélites* est assez connue pour ne pas nous arrêter longtemps. Un traumatisme osseux peut être suivi d'ostéomyélite alors même qu'il n'y a pas eu plaie apparente. La seule difficulté de diagnostic étiologique vient de ce que cette affection peut se montrer spontanément. Pour admettre la nature traumatique de l'ostéomyélite, il faudra établir la continuité de phénomènes pathologiques depuis le traumatisme jusqu'à l'éclosion des phénomènes infectieux.

174. — Il n'est pas aussi facile de décider si l'accident est en cause lorsqu'il s'agit de germes infectieux rares, anormalement rencontrés, ou encore lorsque l'infection ne se traduit pas par des phénomènes locaux. Le *tétanos* par exemple, semble être une des affections dont l'étiologie sera le plus difficile à établir avec certitude. Souvent la blessure qui lui aura donné naissance sera une éraillure insignifiante qui n'aura pas appelé l'attention de l'ouvrier, et aura pu se produire en dehors du travail. Rien ne permet d'affirmer que la contamination s'est produite à propos d'une plaie donnée. On ne pourra émettre que des probabilités ; en équité, ces probabilités doivent être considérées comme suffisamment démonstratives en faveur de l'ouvrier lorsqu'on verra le tétanos éclater quelques jours après une plaie anfractueuse souillée de terre ou de fumier, ou produite chez des individus exposés par leur profession à la souillure de germes tétaniques, surtout si la désinfection de la blessure n'a pas été complète et précoce. La durée de la période d'incubation est assez variable d'ailleurs pour ne pas fournir de données suffisamment précises.

175. — L'accident primaire de *la syphilis*, le chancre, peut bien se manifester à la suite d'une blessure portant sur un point quelconque du corps. Dans certains cas la contagion est évidente et s'est produite au moment de l'accident lui-même : par exemple, dans une morsure, au cours d'une rixe, par un individu ayant des lésions syphilitiques contagieuses de la bouche. Mais, en dehors de ces cas très rares, lorsqu'un ouvrier se sera blessé au cours de son travail et que, vingt à trente jours plus tard, il viendra invoquer l'accident comme cause d'un chancre syphilitique, pourra-t-on admettre cette prétention ? Nous ne connaissons pas le germe de la syphilis ; la démonstration rigoureusement scientifique de sa présence ou de son absence est donc impossible. Cependant, tout ce que nous savons des faits de contagion immédiate nous prouve que ce micro-organisme n'existe pas communément autour de nous comme les staphylocoques par exemple et tant d'autres microbes banaux. La durée de vie du germe syphilitique doit être très limitée en dehors de l'organisme infecté. Pour que l'infection fût possible par un instrument quelconque au cours d'un travail ouvrier, il faudrait admettre que peu d'instants avant le traumatisme mis en cause, l'instrument provocateur de la blessure avait été souillé par un liquide organique quelconque véhicule du germe infectieux. Il est presque impossible qu'une telle coïncidence se produise dans la pratique. Cependant on a vu (1) des ouvriers revendiquer le droit à l'indemnité prévue par la loi en prétextant une contagion syphilitique ainsi contractée. Il y a lieu de croire le plus souvent, que l'infection ne s'est faite que postérieurement au traumatisme, et par un mécanisme *tout à fait* étranger au travail. Aussi est-ce à bon droit qu'on a pu s'étonner d'un jugement rendu par le juge de paix du 8e arrondissement de Lyon considérant comme un accident exclusivement provoqué par le travail, un chancre du doigt s'étant montré douze jours après un traumatisme par choc sur une pièce d'outillage.

---

(1) *Rec. spéc. accid. trav.* décembre 1902.

176. — Dans les pages suivantes nous étudierons des faits d'un caractère plus difficile encore à déterminer. Ce sont les maladies d'origine traumatique proprement dite. Avant la loi de 1898, les Compagnies d'assurances contre les accidents les excluaient formellemment de leur contrats; la nouvelle loi ne pouvait pas consacrer cet état de choses. Il est bien certain que souvent l'accident est la cause principale de la maladie qui se déclare ultérieurement. Il faut bien admettre d'autre part, que parfois, il n'y a qu'une simple coïncidence entre le traumatisme et l'affection qui le suit. L'ouvrier sera facilement disposé à mettre sur le compte de l'accident tout ce qui lui arrivera de fâcheux dans son état de santé, même de longues années plus tard. Sa bonne foi sera souvent complète en agissant ainsi et il n'est guère de jours où nous n'entendons pas dans notre cabinet invoquer les étiologies les plus lointaines et souvent les plus fantaisistes par des individus non intéressés à de telles interprétations. C'est la commune application du principe si peu scientifique : *Post hoc, ergo propter hoc*. De son côté, le patron ou la Compagnie d'assurances tendront souvent à nier tout rapport entre un trauma et un état pathologique subséquent. Le droit sera tantôt du côté du premier, tantôt pour le second.

Nous allons essayer de déterminer sur quelles bases on peut asseoir son jugement dans chaque cas particulier; il nous arrivera trop souvent d'être obligé d'avouer notre impuissance à donner une certitude, dans l'état actuel de la science. Ceci tient à l'essence même de la médecine. Le médecin devra toujours loyalement reconnaître s'il ne peut apporter autre chose que des probabilités; au juge, il appartient de décider si ces probabilités sont suffisantes pour lui permettre de trancher le différend en faveur de l'une des deux parties. Pour nous, nous n'avons pas le droit de développer des hypothèses pathogéniques, de plus ou moins de valeur, appuyées sur le simple raisonnement.

Ferrette et Laval citent un exemple relaté par Borri de suppositions ainsi émises. Il s'agissait d'un ouvrier prétendant avoir été victime d'un traumatisme ayant occasionné des

lésions abdominales. Il s'appuyait sur un certificat médical ainsi conçu :

« Il est hors de doute que le foie comme tout autre organe peut, dans certaines conditions qui en altèrent le chimisme ou la composition élémentaire, devenir le siège d'actions bactériennes qui, dans d'autres conditions seraient demeurées latentes par le fait de la résistance naturelle de l'organisme Le traumatisme peut compter parmi ces causes déterminantes. Dans le cas de T..., à la suite du trouble produit par le traumatisme, se sont manifestés des signes de phlogose hépatique auxquels ne manquait pas le cortège des symptômes les plus saillants : ictère, hématémèse et ischurie témoignant de l'inévitable stase circulatoire, et même exsudat pleural, que l'on doit plutôt appeler transsudation; phénomène susceptible de se produire à la suite de la gêne circulatoire des rameaux veineux de la plèvre et des espaces intercostaux à leur abouchement dans l'azygos : cette dernière étant déjà surchargée par le sang des plexus œsophagiens où se déverse la coronaire stomachique lorsqu'il existe un obstacle à la circulation porte. »

Les certificats de ce genre ne seraient pas rares, paraît-il,.... en Italie.

Dans ce qui va suivre, nous avons laissé volontairement de côté toutes les suites des traumatismes qui ne peuvent prêter à discussion et dont on trouvera l'histoire dans tous les traités de chirurgie. De plus, nous avons passé rapidement sur les points ne présentant rien de particulier par suite du traumatisme. Notre intention a été surtout de faire une étude étiologique, et d'indiquer, d'après les travaux les plus autorisés, d'après les recherches scientifiques les plus récentes, sur quelles bases on devra s'appuyer pour rejeter ou non l'origine traumatique d'une affection donnée.

CHAPITRE III

Maladies infectieuses et parasitaires.

I. — TUBERCULOSE.

Inoculation directe de la tuberculose. — Tuberculose contusive. — Historique de la question. — Le traumatisme ne crée pas la tuberculose, ne l'appelle même pas, mais lui donne un coup de fouet.
a) Tuberculose pulmonaire. — Étiologie. — Modes de début. — Pathogénie. — Discussion du préjudice causé. — Bases de l'expertise. — Jurisprudence. — Tuberculose post-traumatique, mais non traumatique.
b) Tuberculose pleurale. — Étiologie. Symptômes et marche. Pathogénie.
c) Tuberculose péricardique. — Sa rareté.
d) Tuberculose péritonéale. — Absence de documents probants.
e) Tuberculose méningée.
f) Tuberculose ostéo-articulaire.
g) Tuberculose testiculaire.
h) Tuberculose mammaire.
i) Tuberculose anale ; fistules.

177. — Les faits d'inoculation directe de la tuberculose sont relativement fréquents mais ne prêtent guère à discussion. Certaines professions y sont plus particulièrement exposées ; de ce nombre sont celles qui ont pour objet les manipulations de produits animaux : bouchers, équarisseurs, garçons d'amphithéâtre, etc. L'inoculation pourra être primitive ou secondaire, selon que la plaie sera faite par un objet souillé du bacille de la tuberculose, ou au contraire, qu'une plaie primitivement aseptique sera infectée par contact avec un produit tuberculeux quelconque. L'excoriation pouvant servir de porte d'entrée pourra d'ailleurs être très petite, si minime qu'elle pourra passer inaperçue. Dans ce dernier cas, la réalité de l'accident pourra être difficile à prouver et la responsabilité patronale ne pourra guère être mise en cause ;

il s'agit en effet pour l'ouvrier d'établir non une possibilité, mais une certitude. Si la lésion tégumentaire, porte d'entrée, n'a pu passer inaperçue et a précédé l'accident, il y a lieu de considérer comme une faute lourde de l'ouvrier, de nature à diminuer la responsabilité patronale, le fait de n'avoir pas protégé préalablement à son travail la plaie qu'il sait pouvoir être infectée. Réciproquement, commet une faute inexcusable, à notre avis, le patron qui avant de faire commencer un travail, dangereux au point de vue de la contagion, ne s'assure pas que les précautions propres à éviter l'inoculation septique ont été prises par un ouvrier *non accoutumé à ce travail* et en ignorant par conséquent les dangers.

Quoiqu'il en soit, il est bien rare que ces tuberculoses inoculées directement soient d'une grande gravité. Tout se borne généralement à des accidents très localisés n'entraînant qu'une incapacité de travail temporaire et partielle le plus souvent.

178. — Bien autrement graves d'ordinaire sont les tuberculoses viscérales qui succèdent à un traumatisme. Les diverses conceptions qu'on s'est faites de leur pathogénie sont intéressantes à rappeler, car elles jettent une certaine lumière sur cette pathogénie. Dans une première période où tout était ignoré de la nature intime de la tuberculose, on attribuait un rôle essentiel au traumatisme. La tuberculose était une inflammation lente qui se développait après lui. La question de terrain n'existait pas. C'est encore cette opinion qui a cours dans le public ignorant des choses médicales.

Après la découverte du bacille de Koch, il y eut ici la même réaction que pour toutes les autres infections, réaction trop outrée qui ne voulait voir que le micro-organisme agent de l'infection et refusait toute influence aux causes prédisposantes.

179. — Cependant, l'on n'avait pas attendu les recherches de Koch pour étudier l'action favorable de certains agents sur l'éclosion et la prolification des microbes. Les recherches si

connues de Max Schüller semblaient bien montrer comment le traumatisme permet la fixation du bacille. Schüller traumatisait une articulation, injectait des produits tuberculeux dans la trachée de l'animal en expérience et l'on assistait au développement d'arthrites précisément aux points lésés. Ces expériences furent acceptées dans leurs résultats à peu près par tous les auteurs. On arrivait en effet à une époque où l'on étudiait davantage la question du terrain sur lequel évoluait le bacille, où l'on accordait une plus grande influence aux causes prédisposantes tout en laissant au germe la part importante, indispensable qui lui revient. Certains faits montraient l'importance du traumatisme dans les processus infectieux ou toxiques. On admit, en se payant peut-être un peu de mots, que le traumatisme créait un *locus minoris resistentiæ* localisant ultérieurement le bacille de Koch.

180. — Cependant Lannelongue et Achard reprenaient les expériences de Schüller et les conduisaient avec une rigueur plus scientifique. Ils montraient par une série de faits expérimentaux, que, chez des animaux sains, le traumatisme des articulations, suivi de l'injection, en un point du corps, de bacilles tuberculeux, ne suffisait pas à provoquer l'apparition d'arthrites tuberculeuses. Friedrich, (Deut. Zeitsch. für Chir. 1896) Urban (Münch. med. Wochensch. 1899) sont de cet avis. Il faudrait pour produire des lésions locales bacillaires une action plus prolongée qu'un traumatisme ou encore l'injection directe des bacilles dans la circulation sanguine. Or, le sang des tuberculeux ne renferme pas le bacille de Koch, tout au moins avant une période très avancée de leur maladie (Straus). Lannelongue et Achard pensent que le traumatisme réveille une tuberculose latente restée méconnue jusque là. C'est là aussi l'opinion émise par Becker, Honsell (1) etc., en Allemagne, par Mosny, en France,

(1) Beit. z. Klin. Chir. XXVIII, anal. in Aertz. Sachverst. Ztg. 1901. Cet auteur a repris toutes les expériences de Lannelongue et Achard et est arrivé exactement aux mêmes conclusions.

dans sa remarquable étude sur la tuberculose et le traumatisme. Cette opinion est appuyée non seulement sur la médecine expérimentale mais encore sur un grand nombre de faits cliniques soigneusement observés. Un argument sérieux en sa faveur est le petit nombre de tuberculoses locales relativement à la fréquence des traumatismes qui frappent les tuberculeux. De plus, les points qui deviennent le siège de lésions tuberculeuses à la suite de traumatismes sont presque toujours les mêmes : épiphyses osseuses, poumons, testicules, etc. Ce sont les parties de l'organisme qui, spontanément, sont le plus souvent sujettes à la tuberculisation.

Cependant on peut parfois admettre que le traumatisme aura non pas réveillé un foyer latent, mais créé un lieu d'appel, de fixation. Ces cas seront rares. Il y aura alors localisation relativement tardive de la tuberculose et il s'agira de malades ayant des lésions tuberculeuses en pleine activité (Mosny).

En somme, au point de vue particulier qui nous occupe, nous avons à retenir ce fait que le *traumatisme ne crée pas la tuberculose, mais la révèle le plus souvent, et quelquefois, mais fort rarement, l'appelle en un point de l'organisme où elle n'existait pas encore.*

181. — Il est intéressant de noter que ce ne sont pas les traumatismes les plus violents qui donnent lieu à des accidents bacillaires; tous les auteurs sont d'accord sur cette particularité. Il semble, ainsi que le fait remarquer Volkman, qu'à la suite de violents traumatismes, le processus de réparation est trop intense pour permettre le développement des bacilles. Cette règle cependant n'est point sans exception.

Les différentes localisations du bacille tuberculeux demandent à être étudiées séparément, à cause de l'importance de certaines d'entre elles et des points particuliers qu'elles présentent à examiner.

a) *Tuberculose pulmonaire.*

182. — Les faits de tuberculose pulmonaire consécutive à un traumatisme ne semblent pas avoir beaucoup frappé l'attention des anciens auteurs. Il est même curieux de trouver dans LAENNEC cette opinion que les hémoptysies traumatiques guérissent facilement et sans laisser de traces. Cependant, le nombre des cas est relativement élevé où à un traumatisme succède l'évolution plus ou moins rapide d'une tuberculose pulmonaire. PERROUD, en 1894, signalait l'existence de cette phtisie traumatique particulière aux mariniers du Rhône, et due aux chocs répétés de *l'harpi*, sorte de longue perche qu'ils appuient sur la partie supérieure de leur thorax pour faire avancer leur bateau. Il s'agit là d'un traumatisme répété n'ayant qu'un rapport éloigné avec les faits qui nous occupent ici; cette phtisie traumatique, type de maladie professionnelle, est pourtant intéressante à connaître, et pourra parfois donner l'explication de certaines localisations bacillaires.

Les lois de protection du travail ouvrier ont fait multiplier les études sur la question et tendent à éclairer la pathogénie vraie des tuberculoses post-traumatiques.

183. — Le traumatisme thoracique à la suite duquel les lésions pulmonaires se sont révélées peut ne pas être considérable. Souvent, il n'y aura pas de fractures de côtes; parfois, l'ouvrier, quoique éprouvant des souffrances assez vives, aura pu continuer son travail. Il s'agira le plus souvent d'une contusion plus ou moins forte, provoquée par le choc d'un objet, par une chute, par une pression entre deux résistances. On a parfois signalé un effort violent comme cause initiale des accidents consistant ordinairement, dans ce cas, en une hémoptysie. Nous nous sommes déjà expliqué sur ces hémoptysies, suites d'efforts. Nous croyons qu'elles ne peuvent se produire que dans un poumon déjà malade. Parfois, la lésion ne sera pas seulement superficielle; il y aura plaie, plaie par coup de feu, par arme tranchante.

En Allemagne Demme, cité par Gillet, (1) aurait observé 17 morts par tuberculose pulmonaire sur 159 cas de blessure du poumon par arme à feu, proportion de près de 11 0/0.

184. — Après l'accident, les hémoptysies sont fréquentes. Mais quelle est leur nature vraie? Pour celles qui se produisent aussitôt après le traumatisme, on peut admettre qu'elles sont provoquées par une déchirure du poumon ayant atteint un vaisseau de certain calibre : encore doit-on tenir compte de la possibilité pour la lésion pulmonaire d'avoir touché une partie déjà congestionnée et rendue plus friable par un processus tuberculeux préexistant. En ce qui concerne les hémorrhagies tardives, au contraire, elles sont fonction presque certaine de tuberculose. Dans ce groupe on peut ranger celles qui apparaissent après quinze jours ou trois semaines.

185. — D'autres fois, quelques jours après l'accident, on assiste au début de ce que l'on croit une pneumonie fibrineuse franche. Cette affection évolue presque classiquement, mais la défervescence ne se fait pas, l'état général reste mauvais ; le malade s'amaigrit, et si l'on examine les crachats, on y trouvera des bacilles tuberculeux. Il ne semble pas qu'il soit nécessaire d'admettre avec Jaccoud une tuberculisation secondaire de ces foyers pneumoniques. Il s'agit évidemment de pneumonies caséeuses, prises à tort pour des pneumonies vraies. Enfin, au lieu d'une pneumonie, on pourra voir se développer une broncho-pneumonie, une spléno-pneumonie (Mosny), une pleurésie séro-fibrineuse.

186. — Quel que soit le mode de début, les symptômes de lésions pulmonaires se montrent précocement, généralement dès les premier jours, le plus ordinairement dans les six semaines au plus qui suivent l'accident. Souvent, après l'hémoptysie du début, il n'y aura aucune rémission, on

(1) Th. Paris, 1902-03.

verra les crachements de sang se répéter, l'état général s'aggraver. L'auscultation révélera bientôt des signes de lésions pulmonaires plus ou moins accentuées. Le pronostic est sombre comme celui de toute lésion tuberculeuse du poumon; l'évolution sera plus ou moins rapide. On a vu certains cas où l'infection prit la forme aiguë, d'autres fois, elle évolue d'une façon subaiguë. Même dans les cas chroniques, il semble que la terminaison fatale arrive plus rapidement que dans les formes communes. Cependant, la guérison n'est pas impossible.

187. — La pathogénie a été expliquée différemment selon les auteurs. Certains ont voulu admettre que le traumatisme crée un terrain favorable à l'éclosion du bacille de Koch. L'épanchement sanguin qui se fait au niveau du poumon serait un excellent terrain de culture où les microbes viendraient se fixer et pulluler. En un mot, l'inoculation tuberculeuse serait secondaire au traumatisme. D'autres pensent que le traumatisme a frappé un poumon déjà infecté; la tuberculose existait d'une façon latente; le bacille était peut-être enkysté dans des dépots crétacés, tel qu'on peut en observer à l'autopsie de nombreux individus; en tous cas, il n'attendait qu'une occasion pour proliférer. Le traumatisme est venu réveiller cette infection latente, lui donner un coup de fouet. L'étude des observations relatées est tout à fait favorable à cette dernière hypothèse. Le temps qui s'écoule entre le traumatisme initial et les premiers signes de l'infection tuberculeuse est presque toujours trop court pour qu'on puisse raisonnablement admettre une infection secondaire. Dans certains cas les antécédents du blessé sont chargés; s'il ne présente pas pour l'instant d'accidents tuberculeux en évolution active, il en a présenté à plusieurs reprises; chez lui, la tuberculose est toujours prête à montrer une de ses manifestations. Tels, cités dans la thèse de Gillet, le malade de Chaffy qui avait eu dans son enfance de la tuberculose ganglionnaire, celui de Mendelsohn, dont le père et les six frères étaient tuberculeux.

qui lui-même avait perdu quatre enfants en bas âge; tels encore les deux malades de Strauss, une femme qui toussait depuis quatre mois avant le coup qui provoqua une hémoptysie et un homme qui avait eu antérieurement une pleurésie et avait des bronchites chaque hiver. L'état de santé apparent des blessés ne suffit pas pour faire accepter l'hypothèse d'une tuberculose latente peu avancée. On sait combien souvent les débuts de la bacillose sont insidieux, insoupçonnés du malade et de son entourage.

C'est à l'opinion d'une tuberculose pulmonaire préexistante, aggravée par le traumatisme, que se rangent actuellement presque tous les auteurs. La possibilité qu'un trauma évoque la tuberculose chez une personne entièrement saine ne doit pas être regardée comme suffisamment prouvée à l'heure actuelle, dit Stern. « Nos connaissances actuelles sur la phtisie ne permettent pas d'admettre qu'un traumatisme du poumon crée directement la tuberculose de cet organe », dit à son tour M. Laugier dans un certificat médico-légal (cité in Th. Gillet). Becker, Fürbringer en Allemagne sont du même avis. C'est l'opinion exprimée aussi par M. Mosny dans sa monographie sur la tuberculose et le traumatisme. C'est celle que nous trouvons encore dans une thèse récente, celle d'Hervouet (1) faite sous l'inspiration du professeur Am. Monnier, de Nantes.

188. — Si le traumatisme n'a pas créé la tuberculose, si non seulement il a rencontré un terrain éminemment propre à la culture du bacille, mais encore a trouvé celui-ci endormi et n'a fait que le réveiller, il serait pourtant puéril de nier le préjudice qu'il a causé, préjudice que le médecin expert aura à déterminer.

Celui-ci devra d'abord examiner si le blessé ne présentait pas, antérieurement à l'accident, des signes de tuberculose pulmonaire en activité. Il est possible que l'ouvrier connaisse son état et ne le dissimule pas. Il peut aussi l'ignorer

(1) Th. Bordeaux, 1902-03.

et le nier de bonne foi. Aussi ne saurions nous trop insister sur l'importance que doit avoir le premier certificat. En relatant exactement l'état pulmonaire de l'individu qui vient d'être victime d'un traumatisme du thorax il constituera un document précieux. D'ailleurs, l'expert devra de son côté procéder à un interrogatoire minutieux avant de conclure à la négative : les renseignements donnés par l'intéressé étant sujets à caution, seront autant que possible contrôlés. On recherchera le nombre de jours où l'ouvrier a été absent de l'atelier pour cause de maladie. L'habitus extérieur du malade, son état d'amaigrissement ou d'embonpoint auront une valeur relative, mais réelle, d'autant plus importante que l'examen aura lieu plus près de l'accident. L'auscultation elle-même pourra fournir d'utiles renseignements : ainsi que le fait remarquer Gillet, si, à une époque très rapprochée de l'accident, on trouve des lésions pulmonaires très avancées, des cavernes par exemple, il sera impossible d'admettre l'origine traumatique. L'on devra avoir présent à l'esprit, ce fait que certains tuberculeux continuent, même à une période avancée de la phtisie, à travailler et conservent une apparence de santé relative.

Cet examen préliminaire ne permettant pas de penser à une tuberculose antérieure au traumatisme, soit que les renseignements fournis soient nuls ou peu concluants, soit que l'expertise soit trop éloignée du moment de l'accident, on aura à établir la relation entre le traumatisme et la tuberculose existant. La localisation des lésions a une grande importance; leur siège maximum sera au niveau du point traumatisé. L'observation de Chauffard où une caverne pulmonaire était précisément située derrière la clavicule fracturée est typique à ce point de vue. Cette règle ne souffre guère d'exceptions.

La date d'apparition des accidents pulmonaires est de plus d'importance encore. Dans toutes les observations, nous l'avons déjà dit, on note un début très rapproché de l'accident. Toutes les fois que l'intervalle entre le traumatisme et les manifestations pulmonaires sera de plus de six

semaines, il y aura lieu de rejeter l'origine traumatique, tout au moins de ne pas la tenir comme suffisamment démontrée. Parfois d'ailleurs, pendant toute une première période l'état général ne semble pas touché ; mais des hémoptysies répétées montrent que le processus pathologique n'est pas éteint. Ainsi en fut-il dans un cas de CHAFFY (in Th. GILLET), où les hémoptysies se répétèrent pendant plus de six mois avant l'apparition des autres signes.

En résumé, il faudra, pour admettre l'influence traumatique, ou pouvoir placer le début des lésions pulmonaires très près de l'accident, ou trouver la continuité absolue entre les symptômes du début et ceux de tuberculose nette. Dans tous les cas où l'ouvrier aura passé par une période de bonne santé suivie à longue échéance (six mois et plus) de symptômes de tuberculose, la relation causale devra être rejetée comme insuffisamment prouvée. Les occasions de se tuberculiser sont assez fréquentes pour qu'il soit impossible, dans ces conditions, d'incriminer, même avec probabilité seulement, le traumatisme antécédent.

189. — Devant les tribunaux les cas de tuberculose post-traumatique quelle qu'en soit la localisation ont donné lieu à trois systèmes très différents. Dans un premier système, le juge a refusé de tenir compte des antécédents de la victime et a considéré la tuberculose comme suite naturelle de l'accident ; dans un second système, les tribunaux n'ont voulu voir dans la tuberculose que la manifestation d'une maladie antérieure, en faisant abstraction de l'action du traumatisme ; enfin, un système mixte tient compte en même temps et de l'accident et de l'infection préexistante. C'est cette jurisprudence qui a toutes nos préférences ; c'est la seule qui nous paraît logique. Mais, avec MOSNY, nous distinguerons deux catégories de faits : ceux où le traumatisme a frappé un individu chez lequel la tuberculose était en pleine évolution ; ceux chez qui le traumatisme a révélé l'infection latente.

La lésion pulmonaire antérieure s'était-elle manifestée avec évidence, et le traumatisme n'a-t-il fait qu'activer un

processus en activité, le préjudice causé à l'ouvrier est bien minime. On ne peut objecter la possibilité de guérison. Nous pouvons malheureusement poser en principe, et nous croyons n'être démenti par aucun praticien, que la tuberculose de l'ouvrier guérit bien rarement à moins qu'on ne fasse du malade un rentier.

Toute tuberculose qui a eu des signes appréciables à l'auscultation, crée, chez l'individu qui en est atteint, une incapacité absolue de travail suivi. Le traumatisme, dans ces cas, ne fait qu'avancer une issue fatale. Aussi, le Tribunal de la Seine (1) déclare-t il dans un arrêt du 11 janvier 1902 que,

Lorsque l'accident a seulement hâté la mort, la veuve de la victime est sans droit à réclamer une rente viagère.

La Cour de Rennes (arrêt du 6 janvier 1902), la Cour d'Aix (arrêt du 8 août 1902) ne sont pas aussi absolues, reconnaissent le droit aux rentes par les ayants droit, disent que lorsque l'accident a seulement hâté le décès, il y a lieu de réduire le montant de ces rentes dans une proportion en rapport avec l'influence de l'accident sur la mort (2).

La Cour de Paris (22 mars 1902) reconnaît de même que

Lorsque l'accident a favorisé l'évolution de la tuberculose dont la victime était atteinte et lui a imprimé le caractère de gravité, constaté par le médecin, et que, par la suite, l'état de l'ouvrier doit être en partie rattaché à l'accident, il y a lieu de fixer l'indemnité en tenant compte de l'état antérieur de cet ouvrier (3).

Il est d'ailleurs difficile d'estimer d'une façon générale dans quelle proportion il doit être tenu compte du traumatisme; chaque cas demande une solution particulière et l'on fera une différence entre la tuberculose au début qui, quoique sans espoir de guérison, permettait encore d'espérer quelques années de travail, et la tuberculose arrivée à la période d'excavation où quelques semaines au

(1) *Rec. spéc. acc. trav.* juin 1902.
(2) *Rec. spéc. acc. trav.*, 1902.
(3) *Rec. spéc. acc. trav.*, juin 1902.

plus séparaient l'ouvrier du moment où il ne pourrait plus se livrer à son occupation ordinaire. Les différents arrêts que nous avons rapportés semblent être bien inspirés des circonstances de la cause.

S'agit-il, au contraire, d'une tuberculose absolument latente jusqu'au jour de l'accident, la jurisprudence ne paraît pas, ainsi que le fait remarquer Mosny, avoir apprécié aussi justement la question, qui a peut être été souvent mal posée. Il ne s'agit pas, en effet, d'une prédisposition plus ou moins prouvée, de l'influence, plus ou moins difficile à évaluer, d'un tempérament, mais, comme nous l'avons dit, d'une affection latente mise en évidence, réveillée par le traumatisme. Certes, le traumatisme a fait un tort considérable à l'ouvrier, puisque les lésions auraient pu peut-être ne pas causer de troubles appréciables, ne pas interrompre le travail et opérer leur cicatrisation. Il n'en est pas moins vrai que l'état actuel est facteur de deux éléments : l'état antérieur du blessé, le traumatisme. La responsabilité patronale doit donc être limitée (Mosny). Elle varierait avec l'état du blessé, avec la chance plus ou moins grande qu'il présentait de faire des accidents tuberculeux nouveaux. Il n'appartient pas à l'expert d'indiquer dans quelle proportion devra être réduite la rente à allouer à la victime. Il devra seulement indiquer soigneusement toutes les circonstances de nature à fixer l'opinion du juge : à celui-ci de tirer la conclusion. S'il a affaire à un sujet ayant présenté déjà de nombreuses localisations tuberculeuses, l'indemnité accordée devra être moins considérable qu'à celui qui aura présenté, à l'état isolé, une tuberculose pulmonaire post-traumatique. La rente allouée, s'il y a lieu, sera toujours une fraction assez forte de celle que ferait accorder l'incapacité née du seul traumatisme, mais il nous semble qu'elle ne doit jamais lui être égale. Cependant la Cour d'appel de Paris, confirmant un arrêt du Tribunal de la Seine du 12 novembre 1903, dans un cas où une contusion légère du thorax avait été suivie d'hémoptysies abondantes et où une tuberculose aiguë avait amené le décès 51 jours après l'accident, accorda à la veuve le cinquième du salaire

annuel, c'est à dire la rente totale donnée par la loi. Au contraire, dans un autre jugement de la Cour d'appel de Paris, cité comme le précédent par Mosny, un ouvrier mineur, qui, à la suite d'une blessure avait eu des hémoptysies, suivies de l'évolution d'une tuberculose des deux sommets, obtint une rente équivalente au cinquième de son salaire annuel. Ce nous semble équitablement jugé, tandis que, nous ne pouvons admettre, au contraire, un jugement du Tribunal de Saint-Étienne du 21 novembre 1901, déclarant que l'indemnité doit être fixée sans avoir égard à la maladie antérieure de la victime. Nous examinerons par ailleurs dans la troisième partie à quel degré on doit fixer l'incapacité résultant de la tuberculose pulmonaire, considérée d'une façon absolue.

190. — Un dernier cas peut se présenter : un ouvrier, à la suite d'un traumatisme quelconque, est obligé de s'aliter pendant de longs mois. Jusque là, d'une santé parfaite, il est mis en état de moindre résistance par une longue suppuration par exemple, et finalement présente des accidents de tuberculose pulmonaire. *Quid* de la responsabilité patronale? Ici le traumatisme lui-même n'a rien fait; il n'a été que la cause très indirecte de la tuberculisation. Nous croyons qu'il y a là une question qui ne peut être tranchée d'une façon générale et que chaque fait particulier comporte sa solution. Si l'ouvrier a dû être transporté à l'hôpital et que la contagion ait nettement eu lieu dans ce local, la responsabilité du patron nous semble engagée. (Voir chapitre deuxième).

La contamination a-t-elle eu lieu dans l'habitation de l'ouvrier et résulte-t-elle d'une mauvaise hygiène, de la présence auprès de lui de membres de sa famille tuberculeux, la responsabilité du patron sera au moins très amoindrie. Dans les deux cas l'ouvrier devra faire la preuve qu'il n'était pas atteint de tuberculose pulmonaire antérieurement à son accident, car ici l'affection tuberculeuse ne pourra pas être présumée suite directe du traumatisme.

b) *Tuberculose pleurale.*

191. — La tuberculose traumatique de la plèvre peut accompagner la tuberculose pulmonaire et alors passer au second plan. Mais, plus souvent, elle apparaît à l'état isolé, au moins cliniquement. Les recherches les plus récentes ont fait voir que la plupart des cas étiquetés pleurésie traumatique sont en réalité des pleurésies tuberculeuses. CHAUFFARD (1) paraît être le premier à avoir montré la vraie nature des pleurésies traumatiques. Les thèses de HUGUES, de CHAVASTELON ont rassemblé un certain nombre d'observations probantes qui, avec divers faits épars, permettent d'en écrire l'histoire.

192. — Certains auteurs admettent que la pleurésie peut se développer après un traumatisme ne portant pas sur le thorax. Nous ne nions pas la possibilité de tels faits, mais, nous n'avons nulle part relevé cette étiologie d'une façon précise. Il s'agit toujours d'une contusion thoracique plus ou moins violente ; un effort exagéré est signalé dans de très rares cas. Le laps de temps qui sépare le traumatisme de l'apparition des premiers symptômes n'est pas absolument fixe mais est toujours court, en général de 3 à 10 jours, très rarement plus long, et ne dépasse pas 15 jours. Ordinairement le début est brusque, par un point de côté, des frissons répétés; parfois, au contraire, il est insidieux, le point de côté est mal localisé, remplacé par des douleurs sourdes. En somme ce sont les modalités cliniques que nous observons dans les pleurésies ordinaires. Variable aussi est l'évolution, tantôt caractérisée par de la fièvre, de la dyspnée, tantôt, au contraire, sans grands symptômes fonctionnels et ici encore la pleurésie traumatique ne diffère pas des pleurésies banales. Rapidement, le plus souvent, on peut déceler la présence du liquide par la percussion et les autres méthodes d'exploration clinique. La ponction exploratrice donnera issue à un liquide séreux ou séro-sanguinolent ; la transformation purulente

(1) *Sem. méd.*, 1896, p. 81.

est extrêmement rare. L'épanchement est en général de quantité moyenne, parfois il est abondant. Si, par une ponction, on en retire une partie, on le voit souvent ne pas se reproduire; cependant dans certains cas il se reforme; CHAUFFARD a pu procéder à quatre thoracentèses successives de 1.200 à 2.000 grammes en l'espace d'un mois, chez un de ces malades qui, d'ailleurs, finit par guérir. La guérison est une terminaison fréquente de ces pleurésies tuberculeuses traumatiques; CHAVASTELON la note dans 50 0/0 des cas. Cet auteur se demande si ces guérisons ne sont pas plus apparentes que réelles. C'est là évidemment une question importante puisque, selon que l'on admet l'une ou l'autre opinion, le pleurétique guéri aura droit ou non à une indemnité. En fait lorsque nous avons assisté à l'évolution d'une pleurésie terminée par une guérison semblant complète, nous restons inquiets sur le sort de notre malade, non pas parce qu'il a fait une détermination pleurale, mais parce que sa pleurésie nous a dévoilé un terrain favorable au bacille de KOCH. Maintes fois, des années se passeront sans qu'on observe une récidive locale et, souvent même, la pleurésie, nettement tuberculeuse pourtant, n'aura été qu'un épisode sans lendemain dans l'histoire pathologique du sujet. On peut donc admettre la guérison *ad integrum* de la tuberculose pleurale.

193. — La pathogénie de la pleurésie tuberculeuse prête aux mêmes discussions que celle de la tuberculose pulmonaire. Aussi serons-nous brefs. On peut admettre que le traumatisme a créé un lieu d'appel pour le bacille, préexistant au niveau d'une lésion éloignée (poumons, ganglions bronchiques etc.) et la voie d'apport serait les vaisseaux lymphatiques plutôt que les vaisseaux sanguins; au contraire, on peut se ranger à l'avis que le traumatisme a frappé un point déjà en évolution latente d'infection et c'est là l'opinion qui semble la plus probable. Le point tuberculeux siégeait au niveau de la plèvre elle-même ou en un point sous-pleural dans le poumon. Il peut être d'ailleurs très limité : l'abondance de l'épanchement n'est pas en rapport avec son éten-

due et nous savons qu'à une lésion consistant en quelques minimes tubercules, difficiles à découvrir, peut correspondre une réaction pleurale donnant lieu à une quantité de liquide considérable.

c) *Tuberculose péricardique.*

194. — Les cas où une tuberculose péricardique a succédé à un traumatisme semblent rares. Nous n'avons rencontré de vraiment étudiés que ceux de Reichel, cité par presque tous les auteurs et de Ercklentz (1). Il s'agit, dans le premier cas, d'une ouvrière de 60 ans, qui souffrait depuis plusieurs années de dyspnée et de toux; projetée à terre par le choc du timon d'une voiture, elle présentait trois jours plus tard des douleurs dans le côté, des battements de cœur, de l'œdème des membres inférieurs, de la toux, de la dyspnée. La mort arriva cinq semaines après le traumatisme et, à l'autopsie, on trouva un liquide séreux dans les deux plèvres, un péricarde renfermant un liquide jaune trouble; les feuillets péricardiques étaient épaissis, soudés au niveau de la pointe du cœur et du rebord de l'oreillette droite. Dans le poumon gauche existait un foyer tuberculeux calcifié; et, dans un ganglion bronchique induré, on trouva des bacilles virulents.

Contre l'avis de l'auteur, il semble bien probable que le traumatisme n'a pas créé un appel de bacilles, mais a seulement rencontré un foyer tuberculeux qu'il n'a fait qu'activer. Et il est naturel de rapporter la dyspnée déjà ancienne aux lésions péricardiques, plutôt qu'à l'emphysème pulmonaire.

La malade de Ercklentz avait été renversée par une charrette. Trois jours après l'accident, il y avait de l'oppression, des palpitations, une toux violente. Dix semaines plus tard, la mort arriva dans l'asystolie. A l'autopsie, on trouvà un foyer tuberculeux ancien au sommet du poumon gauche et de nombreuses adhérences ainsi qu'un épanchement dans le péricarde.

---

(1) *Zeitsch. f klin. Med.*, 1902.

Comme le précédent, ce fait peut aussi bien être interprété dans le sens d'une aggravation d'une localisation tuberculeuse péricardique ancienne, que dans celui d'une tuberculose post-traumatique proprement dite.

d) *Tuberculose péritonéale.*

195. — Rares aussi sont les cas où une péritonite tuberculeuse aurait été observée à la suite d'un traumatisme. Duponchel (1) cite bien le fait d'un militaire qui, six mois après avoir reçu un coup de pied de cheval dans l'hypochondre droit, se plaignait de constipation opiniâtre et de douleurs persistantes. A l'opération, on trouva une altération du péritoine diaphragmatique. Selon la remarque de Stern, il manque à cette observation, entre autres détails importants, l'examen histologique et cette omission la rend peu probante.

Dans une autre observation de Kries, rapportée par Becker et par Stern, l'ouvrier, après avoir fait un effort, dut interrompre son travail. Quelques semaines après, il succombait après avoir eu des hématémèses abondantes. L'autopsie montra une tuberculose du petit épiploon et des lésions pulmonaires de même nature. L'ouvrier était d'ailleurs notoirement tuberculeux avant l'accident; il est donc évident que l'effort n'a pas créé un point d'appel à la tuberculose, mais a rompu des adhérences et a pu, somme toute, hâter la mort du patient. C'est l'opinion à laquelle se range Kries.

Lücke (2) a observé tout récemment un nouveau fait où le traumatisme semblait bien avoir la plus grande part dans l'étiologie de la tuberculose péritonéale. Il s'agissait d'un jeune sujet qui ayant reçu un coup violent dans l'abdomen succombait quinze jours après. L'autopsie montra une tuberculose généralisée du péritoine et de nombreux ganglions mésentériques en partie caséifiés. Le traumatisme n'avait donc fait qu'activer un foyer existant déjà et la tuberculose

(1) *Gaz. hebd. méd. et chir.*, 1889.
(2) Berlin. Klin. Wochensch, 4 mai 1903.

péritonéale n'était évidemment que secondaire à celle des ganglions.

c) *Tuberculose méningée.*

196. — Des coups violents sur le crâne ont parfois été suivis de l'évolution d'une méningite tuberculeuse. Ces faits sont pourtant rares puisque la statistique de Kroemer (1) ne relève cette étiologie traumatique qu'une fois sur quarante-cinq. Les symptômes peuvent apparaître très rapidement : chez un malade de Becker, dès le soir même, il y avait des douleurs violentes de la nuque et du dos, des vomissements, des frissons. Généralement, il s'écoulera plusieurs jours avant que le diagnostic puisse être affirmé. Il semble que toute méningite dont le début aura lieu après quinze jours ne puisse être rattachée directement ou indirectement au traumatisme (2). Comme dans toutes les méningites tuberculeuses, l'issue est fatale. Y a-t-il appel du bacille localisé en un autre point de l'économie ? ou accélération d'un processus tuberculeux siégeant déjà dans les méninges ? Baumgarten penche pour cette dernière idée en s'appuyant sur des observations personnelles (Rohmer). L'observation de Métaxas et Verchère portant sur un sujet ayant eu des écoulements d'oreille pendant plusieurs années est bien en faveur de cette opinion. Mais la démonstration n'est pas faite de façon irréfutable.

197. — Métaxas et Verchère ont appelé l'attention sur des faits fort intéressants. Il s'agit de méningite tuberculeuse ayant suivi de près une opération ou un traumatisme portant en un point quelconque du corps Ces méningites se montrèrent rapidement dans les quelques jours suivant l'accident ; ces faits sont encore mal connus. On pourrait les expliquer peut-être en disant que le traumatisme, portant

(1) Citée par Rohmer. Évaluation des incapacités professionnelles, Paris 1902.

(2) Gallez, Traduct. de l'ouvrage de Becker, p. 82.

sur un point tuberculeux, a provoqué, par des ruptures vasculaires, le passage du bacille dans le sang.

f) *Tuberculose ostéo-articulaire.*

198. — Les tuberculoses ostéo articulaires dont on fait remonter l'origine à un traumatisme sont nombreuses. Il s'agit d'un choc portant sur le tissu osseux, choc qui n'a pas toujours besoin d'être violent, ainsi que nous l'avons déjà dit, plus fréquemment encore d'une entorse, exceptionnellement d'une luxation.

Les lésions, d'apparence peu grave au début, ne guérissent pas ; il persiste de l'enflure de l'articulation touchée ; les mouvements sont douloureux et, au bout d'un temps variable, qui ne dépasse guère pourtant quelques mois, on peut affirmer le diagnostic.

Pour expliquer ces faits, nous avons dit qu'on avait longtemps admis, d'après l'expérience de Schüller, que l'os traumatisé devenait un bon lieu de culture pour les bacilles de Koch. Les nouvelles recherches ont montré qu'il fallait abandonner cette hypothèse. Nous devons d'ailleurs remarquer que l'expérimentation pratiquée en faisant des injections massives de produits tuberculeux dans la circulation ne prouve que peu de choses au point de vue clinique. Ce sont là des conditions trop éloignées de la pratique pour qu'on puisse s'appuyer sur les résultats ainsi obtenus.

Il est plusieurs arguments qui paraissent de grosse valeur pour dénier au traumatisme un rôle d'appel et voir en lui un facteur d'aggravation. C'est d'abord la rareté relative des ostéites ou arthrites tuberculeuses post traumatiques, relativement au grand nombre des tuberculeux latents ou en évolution qui subissent une violence quelconque, sans faire une nouvelle localisation bacillaire. C'est, en second lieu, ce fait que les points du système osseux sur lesquels le traumatisme semble faire éclore la tuberculose sont presque toujours précisément ceux sur lesquels le bacille de Koch se localise sans cause apparente; la diaphyse de l'os par

exemple, rarement touchée spontanément, ne semble pas non plus être le siège fréquent d'une tuberculose post traumatique, tandis que l'épiphyse siège habituel de la tuberculose osseuse est aussi le lieu où, le plus fréquemment, ont été mentionnées des lésions tuberculeuses après un accident.

Si l'on rapproche de ces constatations ce fait que les individus frappés sont le plus souvent porteurs en d'autres points de leur organisme de lésions tuberculeuses en évolution ou guéries, il semble plus logique, au lieu d'admettre la théorie toujours invoquée et jamais prouvée du *locus minoris resistentiæ*, de penser que l'infection bacillaire avait frappé différents organes du même individu. C'est du reste l'opinion de beaucoup d'experts médicaux tant en France qu'en Allemagne. Becker, qui serait pourtant hostile à l'idée que nous soutenons, se trouve, sur trois exemples, en donner deux qui vont précisément à l'encontre de sa doctrine, d'après l'avis des experts Wagner et Kries.

g) *Tuberculose testiculaire.*

199. — Les contusions du testicule ont été signalées comme pouvant engendrer la tuberculose de cet organe. Ce que nous avons dit des précédentes tuberculoses nous permettra d'être plus brefs sur ce point. On sait combien les localisations bacillaires des organes génitaux passent facilement inaperçus du patient. Nous nous sommes expliqués à ce sujet à propos de la soi-disant orchite par effort dont tant de cas ne sont que des tuberculoses testiculaires méconnues. A propos d'un traumatisme des bourses, le patient s'observe davantage, palpe chaque jour, avec la préoccupation que cause toute lésion de ces organes, son testicule, et s'aperçoit que la douleur loin de disparaître est plutôt en voie d'augmentation. Il met en cause naturellement le traumatisme qui, bien probablement, n'a fait, ici encore, qu'activer le processus tuberculeux. Un examen approfondi montrera chez bien des sujets, des lésions non localisées au testicule, affec-

tant la prostate ou même des points situés en dehors des organes génito urinaires.

Le dommage causé ici par le traumatisme est peut être moindre que dans d'autres parties de l'organisme. Il y avait les plus grandes chances pour que le foyer infectieux, resté latent pendant une période plus ou moins longue, prît un jour une marche plus aiguë. On pourrait même prétendre sans viser trop au paradoxe, que, permettant un diagnostic et une intervention précoces, le traumatisme a rendu quelques services au blessé.

h) *Tuberculose mammaire.*

200. — Il existe des cas de tuberculose mammaire où l'étiologie traumatique a été signalée. Argellier (1) en a rapporté six, empruntés à divers auteurs. Certains sont douteux, tel celui de Poirier où le traumatisme remontait à deux ans. Dans les autres cas le délai a varié entre quinze jours et trois mois. Le traumatisme a été généralement assez violent. Sabrazès et Binaud (2), dans un cas, admettent que, quelque part, existaient des micro-organismes qui, par la voie lymphatique, sont venus au contact du point contus et, trouvant là un foyer propice à leur développement, y ont évolué.

Mais, ce qu'on sait de la tuberculose mammaire dont les débuts sont le plus souvent inaperçus permet aussi une autre hypothèse plus probable. C'est que le foyer tuberculeux préexistait à l'accident et n'a subi du fait du traumatisme qu'une poussée nouvelle. Il arrive souvent, en effet, qu'une tumeur tuberculeuse mammaire date de plusieurs mois et présente déjà un certain volume lorsqu'elle est remarquée pour la première fois par le sujet qui en est porteur; on a même rencontré à l'autopsie des glandes mam-

(1) De la tuberculose mammaire, Th. Lyon, 1897-98.
(2) *Arch. méd. expériment*, 1894.

maires tuberculeuses dont rien pendant la vie n'avait fait diagnostiquer la lésion.

i) *Tuberculose anale.*

201. — On sait que les fistules recto anales sont considérées maintenant comme liées intimement à la tuberculose. Les observations sont tellement nombreuses, cette opinion est si généralement admise qu'elle ne demande pas de discussion. La fistule précède quelquefois de plusieurs années le moment où les lésions pulmonaires deviennent évidentes. On pouvait se demander si, dans les cas où une fistule est la suite d'un traumatisme, la même relation existait. Les observations sont malheureusement rares. Cependant Barié (1) cite deux faits intéressants et démonstratifs.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de 30 ans, jouissant d'une santé excellente. Il fit une chute de 4 à 5 mètres et tomba à cheval sur le bord d'une brouette ; cinq à six jours plus tard, formation en avant de l'anus d'un phlegmon qu'on ouvrit au bistouri. Il persista une fistule laissant écouler du pus. Deux ans après, de l'amaigrissement, de la toux, des hémoptysies montraient une tuberculose pulmonaire indéniable. — Dans le second cas, un homme de 28 ans, de bonne santé, fut frappé violemment, par la manette d'un treuil, au niveau de la région anale ; quelques jours après il y eut aussi formation d'un phlegmon qui laissa, après ouverture, une fistule persistante. Dix-huit mois plus tard, on pouvait trouver du côté des poumons des signes de tuberculose pulmonaire dejà avancée.

Ces faits sont d'interprétation difficile. La tuberculose anale existait-elle avant le traumatisme ? La chose est possible, probable même, mais non démontrée. Il semble, au moins, que le traumatisme a causé un tort probablement plus grave que dans les localisations que nous avons précédemment étudiées. L'infection par les microbes ordinaires de la

(1) Soc. médic. hop. Paris 1900, p. 1217.

suppuration a été ici déterminée par la contusion, l'association microbienne a pu être pour une grande part dans l'exaltation de la virulence du bacille de Koch, et c'est ce qui vient à l'appui de notre thèse que, dans chaque cas en particulier, il y a une solution spéciale, tirée des éléments de la cause.

202. — En résumé, après avoir passé en revue les différents organes où la tuberculose a été signalée à la suite d'un traumatisme, nous voyons que tout plaide en faveur de l'opinion que nous émettions au début de cette étude : le traumatisme n'intervient, tout au moins dans l'immense majorité et probablement dans la totalité des cas, qu'en activant un processus latent préexistant. Certains organes semblent ne présenter presque jamais de lésions tuberculeuses post-traumatiques. Ce sont ceux que la tuberculose ne touche que rarement ou encore ceux (péritoine, péricarde) dont les lésions ne permettent pas généralement à l'ouvrier de continuer son travail.

Ouvrages a consulter : — Estradère. Rôle du traumatisme dans l'éclosion de la tuberculose. Th. Bordeaux 1897. — Lannelongue et Achard. Tuberculose et traumatisme. Cong. de Berlin 1897. — Mosny. Le traumatisme, la tuberculose et les accidents du travail. *Ann. hyg. publ. et méd. lég*, 1902. — Reichel. Ueber die ursaechliche Beziehung zwischen Trauma und Tuberculose. Th. Breslau 1898. — Hugues. Tuberculose traumatique de la plèvre. Th. Lyon 1901. — Chavastelon. De la nature tuberculeuse des pleurésies séro fibrineuses d'origine traumatique. Th. Paris 1901-02. — Métaxas et Verchère. Méningite tuberculeuse post-traumatique. Étud. clin et expérim. sur la Tub. 1887 p. 534. — Voss. Klin. -stat. Beitrag. zur Frage der sogen. traum. Lokaltuberkulose. Th. Rostock 1903. — Stern. Trauma und Lungentuberk. Th. Bonn. 1903. — Becker. — Raffaelle. — Borri. — Stern. — etc. etc.

II

Syphilis.

Action du traumatisme sur le réveil de la syphilis. — Périodes où la syphilis peut être influencée par le traumatisme. — Manifestations diverses. — Expertise. — Syphilis contractée après le traumatisme.

203. — Nous avons déjà examiné cette affection lorsque son origine est sous la dépendance du travail. Nous ne voulons signaler ici que les cas où un traumatisme réveille une infection latente, semblant guérie depuis déjà longtemps. Cette action funeste du traumatisme a été signalée d'abord par Verneuil et son école; depuis, presque tous les syphiligraphes lui ont consacré quelques lignes dans leurs ouvrages, Crépin (1) en a fait une bonne étude dans sa thèse inaugurale, sous l'inspiration du professeur Leloir, de Lille.

204. — Le plus souvent le traumatisme évolue sans influencer en rien la marche de l'affection. Parfois, au contraire, l'action est indéniable. Petit a observé une luxation de l'épaule qui provoqua l'apparition d'une plaque de rupia syphilitique à la région deltoïde, chez un individu dont le chancre primitif remontait à soixante-sept ans. Chez un malade de Leloir, quinze jours après un coup de pied de cheval, éclatait à l'endroit blessé, une éruption de syphilides tuberculo-crétacées; le patient ignorait sa syphilis antérieure. Chez un autre, six mois après un coup violent, au lieu même contusionné, se déclarait une gomme; le chancre primitif était vieux de trente-trois ans.

Parfois ce n'est pas seulement au niveau de la blessure que se localisent les accidents provoqués; on a vu des éruptions tertiaires se produire tout autour d'une plaie accidentelle ou opératoire.

---

(1) Syphilis et irritation, Th. Lille, 1893-94.

Le médecin doit connaître la possibilité de tels faits. Quelle que soit l'ancienneté de la syphilis, il ne sera pas permis de nier le rapport existant entre le traumatisme et la manifestation nouvelle de l'infection préexistante. Il pourra même se faire que la guérison ait semblé s'opérer normalement et que tardivement, il y ait à nouveau des accidents provoqués par la lésion traumatique. Une malade de Leloir, âgée de trente ans, avait une syphilis remontant à quatorze mois environ. A la suite d'une plaie occasionnée par une chute, après la cicatrisation normalement achevée, elle présenta une tumeur inflammatoire diffuse, très douloureuse qui fut diagnostiquée par un premier médecin : ostéo périostite traumatique du tibia droit. Leloir essaya le traitement iodo hydrargyrique et, trois semaines plus tard, la guérison était complète. Ce fait est particulièrement intéressant, car il peut exister une confusion sur la vraie nature de manifestations pathologiques similaires.

205. — Avant d'affirmer le réveil de la syphilis par le traumatisme, l'expert devra d'ailleurs se demander si celui-ci doit véritablement être mis en cause. On peut se trouver en présence de lésions spontanées mises à tort, de bonne ou mauvaise foi, sur le compte d'un accident. Il faudra que le traumatisme ait été assez intense et que la manifestation se montre au niveau du point lésé, ou du moins fort près de lui. Il y aura lieu d'examiner si le patient ne présente pas simultanément, en des points différents de celui lésé, des troubles morbides, témoignant d'une poussée syphilitique en évolution au moment de l'accident. Maréchaux (cité par Becker) se basa ainsi sur la coexistence de lésions syphilitiques, en même temps que sur le peu d'importance du traumatisme, pour refuser tout droit à l'indemnité à un blessé du travail. Pour établir la responsabilité plus ou moins grande de l'auteur de l'accident il faudra encore déterminer l'âge probable ou certain de la syphilis, examiner si elle a présenté déjà d'autres manifestations de même ordre que celle observée.

Enfin dans certains cas, une contamination contractée longtemps après l'accident pourra avoir une répercussion sur l'évolution d'une cicatrice ancienne. On a vu des douleurs ostéoscopes se localiser au niveau d'une ancienne fracture; Dron a même cité le cas d'un cal se ramollissant et devenant douloureux après une infection syphilitique. Ces troubles ne cessèrent que sous l'influence du traitement spécifique. La conclusion à tirer de ces faits est que, devant une aggravation accusée par un blessé et restant non expliquée, on devra penser à la possibilité d'une infection de date récente.

III

Rhumatisme articulaire aigu.

Rhumatisme articulaire et refroidissement. — Rhumatisme traumatique proprement dit. — Pronostic. — Diagnostic et expertise.

206. — Le refroidissement peut avoir une réelle action sur le développement du rhumatisme articulaire aigu ; cette étiologie, qui a été notée dans la moitié des cas par Bouillaud et Lebert (Œttinger), intéresse la médecine des accidents.

207. — On a davantage discuté sur la possibilité du rôle occasionnel joué par le traumatisme proprement dit. Admis comme cause probable par Charcot, Verneuil, Potain, (Œttinger) ce rôle paraît combattu par des arguments plus théoriques que vraiment cliniques. Nous ignorons encore la vraie nature du virus du rhumatisme articulaire ; nous ne pouvons affirmer qu'il existe à l'état latent en un point quelconque de notre organisme, saprophyte inoffensif n'attendant qu'une occasion pour dévoiler sa présence, ou qu'il est absent. Nous ne pouvons donc nous appuyer que sur des faits.

Or, il existe bon nombre d'observations cliniques où la contusion d'une articulation a réveillé localement une douleur s'accompagnant de rougeur, d'enflure et de symptômes

généraux identiques à ceux du rhumatisme banal. VIENNE (1), dans sa thèse, rapporte le fait d'un charretier qui, faisant un effort violent pour enfoncer sa pelle, butta dans un objet résistant et sentit une douleur dans le poignet droit. Le lendemain, on voyait au niveau de cette articulation une tuméfaction douloureuse. La température atteignait 38°,6. Quelques grammes de salicylate firent disparaître en huit jours tous les symptômes. GROUHEL (2) cite une observation à peu près analogue où, après l'articulation de la hanche, première atteinte, les deux poignets se prirent successivement.

Il semble que le rhumatisme articulaire post traumatique ait peu de tendance à se généraliser, et que son allure soit peu grave. Cependant on l'a vu déterminer des complications cardiaques (FÜRBRINGER, cité par STERN). Souvent le blessé avait déjà eu des poussées rhumatismales.

208. — Pour admettre l'origine traumatique d'un rhumatisme articulaire, il faut que l'articulation blessée soit la première à présenter la détermination rhumatismale ; que la guérison du traumatisme n'ait pas été effectuée avant l'apparition des premiers symptômes fébriles ; enfin, que l'intervalle entre le traumatisme et les premiers symptômes rhumatismaux soit court (KUHNE) (3). Cet intervalle ne paraît pas devoir dépasser une quinzaine de jours au maximun.

IV

BLENNORRHAGIE

Manifestations extra uréthrales de la blennorrhagie et traumatisme Pathogénie. — Récidive du rhumatisme blennorrhagique. — Évaluation du dommage causé.

209. — La blennorrhagie ne peut jamais être considérée

(1) Des blessures simulées dans les centres industriels. Th. Paris, 1893.

(2) Étude médico-légale des maladies post-traumatiques. Th. Lille 1895-96.

(3) MONATSCH f. UNFALLHEILK. 1903. N° 6.

comme un accident du travail dans ses déterminations uréthrales : il semblerait presque inutile de le dire, si certains ouvriers ne voulaient attribuer parfois un écoulement uréthral à un choc, à une chute sur le périnée.

Il n'en est pas de même des autres manifestations gonococciques et en particulier du *rhumatisme blennorrhagique* C'est un fait connu de tous les praticiens que la contusion d'une articulation, qu'une entorse, qu'une luxation, peuvent facilement provoquer une *arthrite* chez les sujets en puissance de blennorrhagie aiguë ou chronique. Les *ténosites* ne sont pas rares dans les mêmes conditions, quoiqu'elles se montrent surtout à la suite d'un travail fatigant.

Si l'étiologie est évidente, la pathogénie est encore mal définie. Il s'agit soit d'une fixation microbienne, au niveau de l'articulation blessée, soit de la seule action des produits toxiques solubles déversés dans la circulation. Les deux hypothèses sont possibles puisqu'on a retrouvé le gonocoque dans le sang des blennorrhagiques.

210. — Le pronostic de ces arthrites est sérieux; on sait leur durée prolongée et leur terminaison fréquente par ankylose avec atrophie très marquée des muscles périarticulaires. L'avenir des rhumatisants blennorrhagiques est encore assombri dans le cas de guérison par la possibilité des récidives. Pelisse (1) a observé un malade dont la première attaque de rhumatisme s'était produite, au cours d'une blennorrhagie vieille de trois semaines, à la suite du heurt d'un genou contre un établi, pendant qu'il rabotait. Dix ans après, il fit une nouvelle blennorrhagie et une récidive de son rhumatisme; sept ans plus tard, le même fait se reproduisit à nouveau dans les mêmes conditions.

Évidemment l'arthrite blennorrhagique est le résultat de deux causes : traumatisme et infection existant antérieurement; l'évaluation du préjudice doit donc tenir compte de

(1) Les récidives dans le rhumatisme blennorrhagique, Th. Paris, 1898-1899.

ces deux éléments, mais on ne peut pas se dissimuler la gravité du dommage causé ici par un événement provoquant une fixation qui aurait pu ne pas s'accomplir et transformant en invalide un individu chez lequel l'état antérieur de santé ne comportait aucune diminution dans la capacité de travail.

Les règles à suivre pour rattacher au traumatisme la lésion articulaire sont exactement celles que nous avons données pour le rhumatisme articulaire aigu : début très rapproché du traumatisme et importance réelle de celui ci, n'ayant pas permis la guérison des lésions avant l'apparition des signes de l'arthrite gonococcique.

V

MALARIA.

211. — L'influence du traumatisme sur les rechutes de l'impaludisme est notée dans divers auteurs. Il s'agit généralement de coups sur la région de la rate. Il est probable que certains faits étiquetés splénite traumatique ne sont autres que des réveils de malaria. Dans la thèse de MATHON (1) en particulier, on trouve quatre observations au moins où le paludisme antérieur paraît bien probable. A la suite de traumatismes relativement légers on voit immédiatement survenir des accès de fièvre intermittente qui cèdent à l'usage de la quinine. CHAUFFARD (2) cite le cas d'un adulte en pleine santé, mais ayant eu antérieurement des accès paludéens, qui, deux jours après avoir été heurté violemment par un timon de voiture, fut pris d'accès de fièvre tierce qui ne cédèrent qu'à un traitement prolongé.

Les principaux caractères de ces faits sont :

Malaria antérieure, réveil de l'affection par un traumatisme

---

(1) Th. Paris, 1876.

(2) *Sem. méd.*, 1896.

de la région splénique (1), intervalle très court entre le traumatisme et l'apparition du premier accès.

Ouvrages a consulter : — Verneuil. *Mémoires de chirurgie.* T. III. 1883. — Deutschlander. Malaria und Verletzung. Aertzl. Sachv. Ztg. 1899.

VI

Cancer.

Impossibilité de reproduire expérimentalement le cancer. — Statistiques diverses. — Tumeurs le plus souvent en cause et localisations les plus fréquentes. — Ignorance de la pathogénie. — Cas où le cancer préexiste. — Règles de l'expertise : conditions du traumatisme, contagion possible, siège, moment d'apparition, continuité des manifestations pathologiques, âge de la victime, antécédents. — Affaiblissement général et cancer.

(Quoique la nature vraie du cancer ne soit pas encore connue nous l'étudierons ici, en le rattachant au groupe des maladies infectieuses ou parasitaires, dont il fait probablement partie.)

212. — L'origine traumatique des tumeurs malignes est de croyance vulgaire, au moins en ce qui concerne les cancers non viscéraux. Il n'est guère de cas où le patient n'explique la genèse de son affection par un coup plus ou moins violent remontant à une date récente ou éloignée, et cette affirmation est faite de bonne foi au médecin, sans qu'aucun intérêt soit en jeu.

Cette étiologie traumatique était assez facilement admise autrefois par les médecins ; les recherches plus récentes, les théories nouvelles ont fait douter de son exactitude. Un des

(1) Cependant Verneuil et ses élèves Moriez, Deriaud, Duberge croient que tout traumatisme, quelle que soit la région blessée, peut se compliquer d'accès intermittents s'il s'agit d'un sujet ayant eu autrefois la malaria ou ayant habité un pays à fièvre paludéenne sans avoir jamais contracté la maladie.

arguments les plus probants contre elle consiste dans l'impossibilité absolue où tous les expérimentateurs (Cadiot, Gilbert, Roger, etc.) se sont trouvés de reproduire les tumeurs cancéreuses chez les animaux en se plaçant dans les conditions semblant devoir le plus favoriser l'action du traumatisme.

213. — La question a présenté un intérêt pratique depuis le développement des lois sur les accidents ouvriers. Dans le but de trancher la question, plusieurs auteurs se sont livrés à un travail statistique qui n'est pas dépourvu d'intérêt. Certains chiffres méritent d'être cités parmi les plus récents. Leugnick (1) a étudié 579 cas traités à la clinique de Königsberg : 31 fois le traumatisme était invoqué comme cause, mais 12 fois seulement cette action paraissait très probable et 12 fois elle était seulement possible. Kempf (2) a relevé 1.767 tumeurs observées à Göttingen et n'en a trouvé que 21 où le traumatisme avait vraisemblablement joué un rôle. Ce sont exclusivement des carcinomes, des sarcomes, des enchondromes. Moser a procédé d'une autre façon : il s'est adressé à 12 corporations et leur a demandé de lui indiquer tous les cas de carcinome post-traumatique observés par elles pendant les six dernières années. Sur des milliers d'accidents que ces corporations ont à indemniser annuellement, il n'a pu trouver que quinze fois le cancer.

Il ne faut pas d'ailleurs donner à ces statistiques plus d'importance qu'elles n'en ont réellement et leur accorder une confiance illimitée. Il est clair tout d'abord que le pourcentage doit singulièrement varier avec la tournure d'esprit, l'idée préconçue de l'observateur, qui acceptera plus ou moins facilement les dires du malade. Aussi arrive-t-on à des différences extraordinaires. Si la statistique de Leugnick ne donne guère qu'une proportion de 2 0 0 pour l'origine trau-

(1) Deutsche Zeit. f. Chir. 1900.
(2) Th. Göttingen, 1900.

matique, si les statistiques de Wurz et de Kamp, portant respectivement sur 500 et 1.300 cas tombent au chiffre de 1,50, Wolff admet la proportion de 12,2 0 0, Boas (1), celle de 15 0 0 et Rabok celle de 20.8 0 0.

Ce qui vient encore fausser les résultats, c'est que dans bien des statistiques, l'on n'a pas séparé l'action du traumatisme léger répété et celle du traumatisme unique. Enfin, il conviendrait de séparer les diverses espèces de tumeurs malignes, l'influence du traumatisme semblant être différente pour chacune d'elles. C'est ainsi que le traumatisme paraît avoir une influence beaucoup plus grande sur le développement du sarcome que sur celui de l'épithéliome, ou du carcinome.

Quoiqu'il en soit, en jugeant les statistiques tant d'après la valeur des observateurs et le soin qu'ils ont mis à recueillir leurs chiffres que d'après le nombre de cas sur lesquelles elles portent, on peut conclure que l'influence traumatique sur le développement des tumeurs, et en particulier des tumeurs malignes est indéniable, quoique relativement très rare. Cette action se fait sentir en premier lieu sur le développement des sarcomes, puis sur celui des épithéliomes. Les organes qui sont le plus fréquemment cités comme siège d'affections néoplasiques en rapport avec le traumatisme sont tout d'abord la glande mammaire, puis, par ordre de fréquence, l'estomac, l'œsophage, le foie, l'intestin grêle, le poumon, le cerveau, le gros intestin, etc...

214. — Notre incertitude sur l'essence même du cancer nous laisse complètement ignorants du rôle exact que peut bien jouer le traumatisme. Toutes les théories pathogéniques qu'on a voulu édifier sont seulement des théories, basées sur une idée préconçue de la nature du néoplasme. Si l'on suppose l'origine infectieuse, on peut facilement admettre que le traumatisme a agi en créant un point d'appel. Se range-t-on au contraire

(1) Soc. méd. int. Berlin, in *Sem. méd.* 1897; p. 260. Les autre chiffres cités d'après Moser.

à l'idée de l'origine embryonnaire, émise par COHNHEIM? le traumatisme viendrait alors réveiller l'activité de ces germes existant congénitalement. Veut-on prétendre qu'il n'y a dans le cancer qu'une réaction particulière de la cellule? l'action du traumatisme s'expliquerait plus facilement. Autant d'auteurs, autant d'hypothèses, qui nous importent peu au point de vue pratique. Ce que nous pouvons affirmer, c'est que *le traumatisme ne suffit pas à lui tout seul pour créer la tumeur néoplasique; il doit s'y ajouter une influence étrangère inconnue de nous.*

215. — Dans certains cas, il existait à l'avance un cancer qui a été atteint et aggravé par l'action vulnérante. Ce cancer pourra être connu ou, au contraire, avoir passé totalement ignoré. Tous les médecins ont observé des tumeurs latentes qu'un hasard seulement révèle à l'observateur. Combien de femmes font remonter à quelques jours une tumeur du sein qui évolue lentement depuis des mois. D'autres fois, au contraire, rien ne permet de penser qu'il existait une tumeur avant l'accident. Le blessé prétend que celui-ci est cause de tout le mal. Nous n'avons pas le droit de dire le fait impossible; nous ne pouvons davantage en affirmer la certitude. Les expertises médico-légales destinées à éclairer le rapport entre un traumatisme et un cancer sont des plus ardues. On ne pourra chercher à établir qu'un ensemble de faits, dont chacun en particulier n'a pas une valeur absolue, mais dont la réunion peut constituer une probabilité plus ou moins complète pouvant aller jusqu'à l'évidence presque absolue.

216. — Tout d'abord le trauma doit être d'une certaine intensité : s'agit il d'un cancer développé au niveau des téguments, il doit y avoir eu plaie, ou au moins contusion assez forte. Si la tumeur s'est développée dans un organe profond, le trauma aura dû se produire dans les conditions requises pour que cet organe soit lésé. A propos des maladies propres aux différents appareils nous aurons à revenir sur cette dernière condition.

On devra se rappeler les quelques faits où le cancer a semblé succéder à la *contagion* chez les individus soignant des animaux atteints de tumeurs : épithéliome, sarcome mélanique (Arathoon) (1), ceux où il aurait une origine végétale.

Le siège du cancer observé devra être en rapport avec le traumatisme initial, presque tous les auteurs sont d'accord là-dessus. Cependant on sait que certains organes peuvent être lésés non seulement par choc direct mais aussi par choc indirect. L'étude du traumatisme devra donc être faite avec le plus grand soin d'après les dépositions des témoins et le premier certificat médical établi, dont, une fois de plus, nous voyons l'importance.

Le *moment* où se sera montrée la tumeur est aussi intéressant à connaitre. Le développement ne devra pas paraitre trop rapide, sinon il y aura lieu de soupçonner que le néoplasme préexistait au traumatisme, et au pis aller, a été aggravé par lui. Un examen médical aussi rapproché que possible du moment de l'accident sera fort important pour la fixation de ce point. Si le volume de la tumeur est déjà appréciable au bout de quelques jours on pourra contester avec justesse l'étiologie invoquée. Il faut cependant tenir compte de la nature du néoplasme observé : on sait que le sarcome se développe avec une grande rapidité. Stern estime trop long le délai minimum de trois semaines indiqué par certains auteurs pour que la tumeur puisse être appréciable. En ce qui regarde l'épithéliome et le carcinome, au contraire, six semaines seront considérées comme un intervalle strictement suffisant pour permettre au processus d'être décelable. Le délai maximum au delà duquel on peut considérer comme éteinte l'influence du traumatisme est plus difficile à déterminer par suite de notre ignorance de l'action exercée. Boas n'a pas trouvé un intervalle supérieur à trois ans pour séparer le traumatisme de la découverte de la tumeur. Stern admet qu'après deux à trois ans la relation causale ne pré-

(1) Th. Bordeaux, 1902-03.

sente plus de vraisemblance scientifique. Il semble même que ce chiffre soit déjà élevé, la plupart des cas se déclarant dans l'année qui suit le trauma.

Quand un assez long intervalle sépare l'accident de la découverte de la tumeur, le blessé devra établir la *continuité des manifestations pathologiques* s'étant succédées depuis le moment où il a été frappé : douleur, gonflement, hématomes, nodules indurés, suppurations, cicatrices (Raffaelle). Si, pendant ce temps, la guérison a paru complète, il est impossible d'admettre la probabilité de l'action du traumatisme.

L'âge de la victime a son importance, surtout s'il s'agit d'un épithéliome. Le sarcome se voit fréquemment chez les jeunes sujets; les tumeurs épithéliomateuses au contraire, tout en ne laissant pas absolument indemne la première partie de la vie, augmentent de fréquence dans la vieillesse, On a fixé la période de 40 à 50 ans chez la femme, de 50 à 60 ans chez l'homme, comme étant le plus favorable à leur développement, mais on n'a pas tenu compte, dans l'établissement de cette moyenne, de la mortalité croissante. En rapportant le nombre des cas observés au nombre des sujets existant à un âge donné, on voit que la fréquence va toujours en s'accroissant au moins jusqu'à 75 ou 80 ans. Plus donc le sujet observé sera jeune, plus il y aura de chances que le traumatisme ait joué un rôle dans l'apparition de sa maladie.

L'état de santé antérieur devra être aussi examiné avec soin; si quelques cancers peuvent évoluer en laissant au porteur toutes les apparences d'une santé florissante, la plupart frappent le malade de déchéance précoce. L'amaigrissement, la teinte jaune des téguments doivent être notés.

On devra de même rechercher si, au lieu où s'est développée la tumeur, il n'y avait pas production de traumas répétés, *irritation chronique*. Le fonctionnement de l'organe en cause : estomac, intestin, sera soigneusement examiné, quoique la nécessité de se baser seulement sur des commémoratifs, sur les dires du patient, enlève beaucoup de sa valeur à cette partie de l'enquête.

On devra noter avec soin la présence ou l'absence *d'antécédents familiaux.* Quoi que veuillent prétendre certains auteurs, l'influence de l'hérédité n'est pas niable : il y a des familles à cancer, c'est un fait d'observation quotidienne. On pourra donc tirer un certain parti de l'étude des causes de la mort chez les différents membres de la famille du blessé.

Enfin, le médecin expert ne devra pas se contenter d'un examen local. Il faudra se demander si le traumatisme n'a pas seulement provoqué une métastase, une greffe nouvelle provenant d'un cancer déjà existant en un autre point de l'organisme. On comprend toute l'importance de cette recherche au point de vue de la responsabilité patronale.

217. — On s'est parfois demandé si l'état d'affaiblissement général, dans lequel un traumatisme place un individu, pouvait jouer un rôle dans le développement d'un cancer en dehors de toute action locale. Il est impossible de ne pas regarder cette action comme *absolument hypothétique.* Tel est l'avis de STERN et celui auquel nous nous rangeons. Aucun fait scientifiquement démontré n'est apporté à l'appui d'une pareille thèse.

D'après ce que nous venons d'exposer, on voit que la probabilité du rapport entre un traumatisme et un cancer subséquent ne peut être établi « qu'en tenant compte de toutes les circonstances proches ou éloignées, primitives ou secondaires qui ont accompagné ou suivi le fait. En procédant ainsi, on peut dire que c'est seulement dans un nombre très limité de cas qu'on pourra admettre la relation de cause à effet » (RAFFAELLE). Encore certains auteurs, FÜRBRINGER et KRONIG, par exemple, affirment-ils l'impossibilité de prouver la production d'un cancer intestinal par l'action d'un traumatisme (1).

Ouvrages à consulter : — MOSER, *Trauma und Carcinom.* Aertz. Sach. Zeit. 1903. — ZEIGLER, *Ueber die Beziehungen des Traumen zu malignen Geschwulsten.* Münch. Med. Woch. 1895. — RIBBERT, *Aertz. Sach. Zeit.* 1898. — BECKER. — RAFFAELLE. —STERN, etc.

(1) Soc. méd. int. Berlin, 1897.

CHAPITRE IV

Maladies de la nutrition.

I

Diabète.

a) *Diabète sucré* : Désaccord sur la question du diabète traumatique. — Statistique. — Étiologie : traumatisme physique, traumatisme moral. — Glycosurie transitoire post-traumatique. — Début précoce ou tardif. — Symptomatologie. — Pronostic. — Pathogénie et anatomie pathologique. — Expertise. — Aggravation d'un diabète préexistant.
b) *Diabète insipide.* — Étiologie. — Début. — Symptômes et marche. — Pronostic. — Pathogénie. — Expertise.

a) *Diabète sucré.*

218. — Les observations de diabète ayant suivi un traumatisme ne sont pas précisément rares. Les travaux de Fischer, (1) Brouardel et Richardière (2), en France, ceux de Asher, de Ebstein en Allemagne en contiennent un bon nombre d'où les auteurs tirent des conclusions sur la pathologie, la symptomatologie, la marche particulière de cette affection. Cependant la conviction de tous les praticiens n'est pas encore entraînée et, dans une récente discussion à la Société de médecine interne de Berlin (Séances du 9 avril et du 6 mai 1901), on a vu se manifester les opinions les plus diverses, certains médecins, comme Becker, niant l'influence

(1) *Arch. gén. méd.*, 1862.
(2) *Ann. hyg. pub. et méd. lég.*, 1888.

causale du traumatisme sur le diabète, d'autres comme HIRSCHFELD et STRAUS ne faisant jouer à l'accident que le rôle de cause occasionnelle, tandis que, pour la plupart, le traumatisme peut créer le diabète pour ainsi dire, de toutes pièces. Le désaccord vient peut-être de ce que nombre de points restent encore obscurs dans l'histoire des glycosuries en général.

Les statistiques montrent que les cas de diabète post-traumatique sont assez fréquents. JODRY réunissant les chiffres fournis par GRIESINGER, EBSTEIN, CANTANI, arrive au chiffre de 5 0 0 pour l'étiologie traumatique, sur un total de 1.365 cas de diabètes de toute origine. Dans la moitié des cas, le traumatisme aurait porté sur le crâne, sans qu'il y ait lieu d'incriminer le traumatisme d'une région déterminée plutôt que d'une autre : on trouve avec la même fréquence, comme siège du choc, l'occiput, le front, le vertex, les tempes. Cependant LEROUX (1) croit que, chez les jeunes sujets tout au moins, les chocs intéressant l'occiput seraient plus fréquents que ceux intéressant d'autres parties du crâne, dans l'étiologie du diabète. Dans un cinquième des cas, les traumatismes de la colonne vertébrale étaient en cause ; dans un vingtième des cas il s'agissait d'une chute sur les pieds ; dans un autre vingtième, d'une commotion très violente. Dans le surplus des cas relatés, soit un cinquième, il s'agissait d'un traumatisme ayant touché les membres ou une autre partie du corps, principalement l'abdomen (presque 1/10 de l'ensemble : 12/145). Il ressort donc de ces chiffres que, dans la plupart des cas, il y a eu soit au moins une commotion très violente des centres nerveux, soit un traumatisme ayant pu intéresser le foie, le pancréas ou les plexus nerveux en relation avec ces organes.

La violence du traumatisme est relatée dans toutes les observations. Il y a eu souvent fracture du crâne, surtout de la voûte, quelquefois de la base, parfois, mais plus rarement, blessure de la substance cérébrale ; s'il n'y a eu que simple contusion, le choc a été toujours très fort. S'agit-il d'un

---

(1) GRANCHER et COMBY. *Traité des mal. des enfants.*

ébranlement général du système nerveux, il sera causé par une chute d'un lieu élevé, par exemple. Enfin, les traumatismes des membres qui ont provoqué le diabète ont toujours déterminé des lésions d'une grande importance. Si, expérimentalement, on a pu provoquer l'apparition du sucre dans les urines par la simple lésion d'un nerf périphérique (SCHIFF, NIEDIECK) il y a lieu de se demander s'il ne s'agit pas plutôt d'une glycosurie que d'un diabète vrai.

219. — Il faut rapprocher du traumatisme physique le traumatisme moral : frayeur vive, qui a une réelle influence, d'après certains auteurs, sur la production du diabète. Le cas de BROUMER, cité un peu partout, concerne un mécanicien de chemin de fer qui, voyant venir vers lui un train, crut ne pouvoir éviter la collision. L'émotion qu'il en ressentit sembla avoir joué chez lui un rôle plus efficace que le choc, relativement léger, qu'il éprouva. Le cas de VERGELY (1) est de même ordre et assez typique. Enfin STERN fait une place spéciale au diabète se montrant dans les névroses traumatiques. De fait l'influence étiologique des dépressions morales est bien connu et tel diabétique n'a vu les premiers symptômes de son mal qu'après des revers de fortune ou de grands chagrins. La névrose traumatique avec tout son cortège d'inquiétudes ne peut faire exception à la règle.

220. — Il faut connaître, pour ne pas la confondre avec le vrai diabète, la *glycosurie transitoire* notée si souvent après un traumatisme quelconque. Se montrant quelques heures après l'accident, elle peut ne durer que quelques jours, mais elle peut aussi se prolonger plusieurs semaines. Si on la recherchait systématiquement, peut-être serait-on étonné de sa fréquence. CADÉAC et MAIGNON (2) l'ont constamment trouvée chez les individus atteints de fracture et elle persisterait trois semaines à un mois; ils l'ont notée souvent dans les cas

(1) *Rev. Méd.*, 1901.
(2) *Lyon médical*, 1902.

de contusion musculaire, quelquefois dans l'entorse. La quantité de glycose éliminée peut être très minime, ne pas dépasser 0,1 pour 100, mais elle peut aussi être très abondante, atteindre et dépasser 20 à 30 grammes par litre; ce qui caractérise cette glycosurie, c'est qu'elle ne s'accompagne d'aucun des signes du diabète.

La *glycosurie alimentaire* a été trouvée aussi chez des blessés, en particulier dans les traumatismes ayant pu intéresser directement ou par commotion les centres nerveux, alors qu'aucune trace de glycose n'avait été décelée dans les urines.

Contre l'opinion de Naunyn qui réservait son pronostic, nous nous rangerions plutôt à l'avis de Roques, qui croit à l'absolue bénignité de ces glycosuries.

Cette glycosurie éphémère soit spontanée, soit alimentaire, mérite d'être connue, pour qu'on ne puisse pas attacher à son existence une importance qu'elle n'a point.

221. — Le diabète traumatique lui-même peut se montrer rapidement, ou, au contraire, tardivement, et sa marche, son pronostic sont différents dans les deux cas. *Précoce*, le diabète apparaîtra dans les dix jours qui suivront le traumatisme ; *tardif*, il pourra ne se montrer que plusieurs mois après l'accident ; dans un cas de Brouardel, un an s'était écoulé avant l'apparition du sucre dans les urines. Dans un autre de Frerichs, l'intervalle avait été de 4 ans. Le fait paraît déjà bien douteux, et *a fortiori*, plus étranges encore nous paraissent les affirmations de relation de cause à effet lorsque 5, 6, 10 ans se sont passés depuis l'accident. Sur les vingt-cinq cas réunis par Brouardel et Richardière, 8 avaient débuté dans les deux premiers jours ; 4, dans la semaine suivante ; 5, de la troisième à la sixième semaine ; 3, dans les deux mois ; 2, dans le troisième mois ; 1, du quatrième au cinquième mois.

222. — Les symptômes du diabète traumatique offrent peu de particularités : on observe de la polyurie, de la polydipsie ; la polyphagie manque souvent ; la glycosurie quel-

quefois assez élevée peut manquer à certaines heures et subir certaines variations sous des influences de régime ou de dépressions morales. Il y a de l'amaigrissement, de la perte de forces, souvent dès le début. Les troubles des sens sont relativement rares, mais les autres symptômes nerveux sont au contraire assez fréquents et importants pour que Brouardel et Richardière en fassent une caractéristique du diabète traumatique. Ils affectent la sensibilité, l'intelligence, la mentalité. Les troubles de la sensibilité sont les plus nombreux : il y a des zones d'anesthésie, quelquefois de l'hyperesthésie, mais surtout des douleurs rebelles, des névralgies d'intensité variable. Du côté de l'intelligence, on voit de la mélancolie, de l'hypocondrie. Enfin, on peut observer des tremblements, des vertiges, quelquefois des paralysies.

223. — Le pronostic du diabète post-traumatique est très bénin dans les *cas à début précoce*. Aussi ces cas donnent-ils très rarement lieu à une expertise médico légale. Les troubles disparaissent dans un delai variant entre quelques semaines et quelques mois. On peut cependant voir les symptômes se prolonger davantage et la guérison pourtant se produire ; le cas de Broumer, où le diabète dura plus d'un an et guérit finalement, est assez démonstratif. Certains symptômes nettement défavorables dans les cas de diabète vulgaire n'ont pas la même importance dans les faits qui nous occupent ici : ainsi l'albuminurie peut être très abondante dès le début sans assombrir pour cela le pronostic. Il en serait autrement de l'albuminurie tardive.

Le *diabète tardif*, au contraire, est d'une grande gravité ; ici la guérison est seulement l'exception. La maladie suit sa marche ordinaire, sans amélioration, et l'issue fatale est pour ainsi dire la règle. Chez les jeunes sujets, en particulier, la terminaison par la mort est ordinairement rapide.

224. — Si l'histoire clinique du diabète post-traumatique est bien connue, sa *pathogénie* est pleine d'obscurité. On a bien parlé des expériences de Claude Bernard et des lésions

du système nerveux par lesquelles il provoquait le diabète expérimental ; mais il n'est jamais arrivé ainsi qu'à produire une glycosurie passagère. Si l'on peut facilement expliquer par des lésions du système nerveux central la glycosurie éphémère des traumatisés, il n'en est plus de même des cas de diabète persistant. Pour certains auteurs, Becker, Ebstein, etc, auxquels il faut rattacher Hirschfeld et Straus que nous avons cités déjà, le tempérament, la prédisposition du blessé jouent un grand rôle. En fait, si on a noté cette prédisposition dans quelques cas, dans la plupart on n'a rien pu relever dans les antécédents des blessés devenus diabétiques. S'agirait-il d'un diabète latent ? C'est là une pure hypothèse, sans preuve à l'appui.

L'anatomie pathologique n'apporte pas plus de lumière sur la question. On a bien trouvé des lésions des centres nerveux dans un certain nombre d'autopsies mais ces lésions sont très dissemblables entre elles. Certaines sont bien en accord avec les expériences de Claude Bernard : congestion du bulbe, hémorrhagie légère du plancher du quatrième ventricule ; mais pour d'autres, le rapport est plus obscur entre la lésion et le diabète : lésions de l'épendyme, dilatation des ventricules cérébraux, etc. De plus, bien des fois, aucune lésion appréciable n'a été rencontrée ; cependant à cause de l'intensité du traumatisme causal, on peut supposer une altération des cellules bulbaires échappant à nos investigations. Peut-être aussi faut-il admettre un trouble profond de la nutrition sous l'influence de désordres fonctionnels du système nerveux. L'apparition de la glycosurie et même du diabète dans la névrose traumatique serait assez en faveur de cette opinion.

225. — L'expertise d'un cas de diabète traumatique (nous laissons de côté la glycosurie légère post-traumatique) présente à résoudre les questions suivantes :

Y a-t-il eu détermination du diabète par l'accident ?
Y a-t-il eu aggravation par l'accident d'un diabète préexistant ?
Quel est l'avenir du malade ?
Quelle est l'incapacité de travail résultant ?

Si le diabète a été constaté avant l'accident, la première question n'offre aucune difficulté et il en est de même si un examen sérieux et réel a montré l'absence du sucre dans les urines avant l'accident. Il n'en est plus ainsi dans les cas où aucune analyse n'a été faite et c'est ce qui se produit le plus souvent. Cette considération montre l'importance qu'il y aurait à faire l'examen des urines de tout blessé se présentant devant le médecin pour la constatation d'un sinistre. De même, tout expert devrait suivre la règle posée par Brouardel et Richardière, d'examiner les urines de tout blessé confié à son appréciation : il y trouverait peut-être l'explication de bon nombre de troubles. En l'absence de tout renseignement sur la préexistence du diabète, on pourra avoir de fortes présomptions pour ou contre la nature traumatique de cette affection en se basant sur l'examen du malade. Le siège du trauma n'est pas d'une importance majeure puisque la partie du corps affectée peut être quelconque; cependant on aura présent à l'esprit cette notion que les traumatismes directs ou indirects des centres nerveux sont ceux qui sont le plus fréquemment suivis du diabète. L'interrogatoire du malade devra porter surtout sur les signes du diabète inconnus du vulgaire : anthrax, phlegmons, balanite, etc. Il pourra ainsi révéler l'existence probable du diabète antérieurement à l'accident. Enfin l'évolution est assez caractéristique : le blessé ne semble pas guérir de son accident dans les délais ordinaires : il accuse des névralgies plus ou moins violentes, le système nerveux est touché profondément, il y a un manque complet d'énergie; telles sont les bases sur lesquelles Brouardel et Richardière établissent le diagnostic du diabète traumatique.

226. — L'aggravation d'un diabète déjà existant est beaucoup plus difficile à établir. Cette aggravation est possible; elle est parfois vraisemblable. Stern en cite trois cas. Litten (1) a rapporté un cas où une contusion du testicule chez un

(1) Soc. méd. int. Berlin, 6 mai 1901.

diabétique avéré, porteur de lésions tuberculeuses avancées, produisit le coma au bout de quelques jours. On pourra donc incriminer le traumatisme lorsqu'un diabétique, qui travaillait normalement jusque là, voit, après son traumatisme, subitement ses forces diminuer en même temps que sa glycosurie augmente.

L'avenir du malade ressort assez de ce que nous avons dit plus haut sur la distinction à établir entre les cas à début précoce et ceux à début tardif. Nous n'insisterons donc pas. Nous ferons remarquer cependant que, les cas à début précoce évoluant toujours rapidement vers la guérison, l'examen des urines dès le début permettra de fixer avec la plus grande probabilité la nature traumatique ou constitutionnelle du diabète, par la suite des événements. Si l'on voyait une glycosurie constituée dès la première heure persister indéfiniment il y aurait les plus grandes chances pour qu'il s'agît d'un diabète préexistant. Nous avons vu aussi que le pronostic, même dans les cas prolongés, n'était pas toujours mauvais et qu'on avait vu la guérison se produire après deux ans.

La question de l'incapacité de travail résultant du diabète sera traitée dans la troisième partie.

2° *Diabète insipide.*

227. — L'histoire du diabète insipide post-traumatique est calquée sur celle du diabète sucré de même origine. Quelques points seulement méritent d'être mis en relief.

L'origine traumatique de cette affection serait relativement plus fréquente que pour le diabète sucré (Stern). Les coups très violents sur la tête, intéressant ou non le cerveau, sont incriminés le plus fréquemment ainsi que les commotions générales.

On a beaucoup plus rarement noté la blessure des autres parties du corps : région dorsale, région lombaire, etc. Quant aux influences psychiques : frayeur, émotion etc., nous admettrons volontiers avec Stern qu'elles agissent

seulement comme cause occasionnelle chez des névropathes.

228. — Le *début* a lieu dès le jour même de l'accident, ou tout au moins dans la première semaine. JODRY (1) n'a relevé qu'un cas où il s'est écoulé plus de quinze jours avant les premiers symptômes. L'apparition de la polyurie et de la polydipsie se fait brusquement. Le blessé peut être pris d'une soif intense aussitôt qu'il reprend connaissance. La quantité d'urine émise peut varier entre 5 et 25 litres; elle est en moyenne de 10 à 15 litres d'un liquide clair, limpide, de densité très faible. Cette polyurie peut disparaître à certains moment et particulièrement s'il y a un accès fébrile. Il n'y a ni polyphagie, ni troubles gastriques, ni amaigrissement. La disparition se fait généralement progressivement et la plupart des cas guérissent dans un délai maximum de quelques mois, sans laisser une altération quelconque de la santé. Quelquefois il y a passage à l'état chronique sans trouble de l'état général. Enfin, mais très rarement, chez des prédisposés, on voit le patient tomber dans le marasme, la nutrition se trouble profondément, tout travail devient impossible; tous ces cas eux mêmes sont parfois susceptibles de guérison sous l'influence d'un traitement approprié, surtout basé sur l'emploi de la suggestion.

229. — Nous avons montré combien la *pathogénie* du diabète sucré traumatique était mal connue; nous ne retrouverons pas les mêmes obscurités à propos du diabète insipide et sa marche ordinaire nous permet d'en comprendre le mécanisme probable. Le choc sur la tête, la commotion générale produit une lésion légère, limitée, causant une irritation plus ou moins durable du centre de la polyurie; l'expérience faite par CLAUDE BERNARD sur les animaux est ainsi reproduite. Plus tard, lorsque cette lésion évolue vers

---

(1) *Contribution à l'étude du diabète traumatique*. Th. Lyon, 1897-98.

la guérison, la cause cessant, l'effet cesse aussi, la polyurie disparait.

230. — Les règles à suivre pour *l'expertise* des cas de diabète insipide traumatique sont les mêmes que celles que nous avons données pour le diabète sucré. Ces cas donnent lieu d'ailleurs à peu de difficultés à cause du caractère ordinairement passager que nous avons noté. Le pronostic pour l'avenir devra être réservé puisque certains cas ont abouti à un trouble notable de la santé. Il est tout à fait exceptionnel qu'on ne soit pas fixé au bout de quelques mois sur la marche future des événements. Un individu chez qui le passage à l'état chronique se fera sans aucun trouble de la santé, sans désordres psychiques appréciables, ne verra, pour ainsi dire jamais, cet état s'aggraver dans la suite.

Ouvrages a consulter : Richardière, *in Tr. de méd.* Brouardel et Gilbert. — Roque, *Les glycosuries non diabétiques* (Actualités médicales). — Mlle Bernstein Kohan. Th. Paris, 1890-91. — Stern. — Becker.

II

Goutte.

Nature du traumatisme. — Action de la blessure. — Goutte et blessure antérieure. — Traumatisme moral et goutte.

231. — L'influence du traumatisme sur l'apparition des accès de goutte n'est pas douteuse. Elle est bien connue de tous les goutteux, et les médecins l'observent fréquemment. Cependant son histoire tient peu de place dans la médècine des accidents du travail, à cause de la rareté de la goutte dans la classe ouvrière.

Peut-être, dans les cas où la douleur est extrêmement vive aussitôt après l'accident, n'y a-t-il que révélation d'un état pathologique existant déjà dans une articulation. Mais tous

les faits ne peuvent pas ainsi s'expliquer. Le traumatisme causal peut être une fracture ou une luxation, quelquefois une entorse, parfois même moins que cela : un choc léger, une déchirure de l'ongle (SCUDAMORE). L'apparition de la goutte a lieu rapidement, le plus souvent dans les 24 heures qui suivent l'accident et le début se fait par le segment de membre traumatisé. L'attaque de goutte suit son cours régulier, sans qu'il y ait aucune particularité à signaler.

232. — Il peut parfois arriver que l'endroit blessé constitue un point de moindre résistance, où se localisera plus tard la goutte. LÉCORCHÉ (1) cite un fait de ce genre : le sujet avait reçu dans son enfance un coup de feu ayant contusionné la jambe et ce point était le siège, dans son âge mûr, des déterminations goutteuses.

Enfin les accidents du travail peuvent avoir une autre action sur l'apparition des crises goutteuses, sans qu'il y ait trauma à proprement parler : une émotion vive, une frayeur peuvent provoquer l'accès.

233. — Dans tous les cas, le médecin expert ne devra conclure affirmativement que si l'intervalle ayant séparé l'accident de l'apparition des douleurs est *très court*. De plus il est évident que la diathèse joue le rôle principal dans l'évolution des troubles pathologiques. Il est même possible que l'accident ne puisse être cause déterminante qu'autant que le sujet était en imminence d'accès goutteux : un point certain c'est que tous les traumatismes n'ont pas les mêmes effets fâcheux chez tous les goutteux même avérés. Disons en terminant que l'apparition d'un accès de goutte post traumatique, fût-il le premier, ne cause évidemment aucun préjudice sérieux au blessé pour l'avenir. Il ne s'agira jamais que d'incapacité temporaire.

---

(1) *Traité de la goutte*, Paris, 1884.

III

Rhumatisme chronique.

234. — Si l'on n'a en vue que les manifestations d'arthrites sèches localisées à une articulation unique à la suite d'un traumatisme plus ou moins violent, on doit en reconnaître la fréquence. Mais on ne retrouve au contraire, dans la littérature médicale, qu'un nombre infime d'observations, où, au début d'un rhumatisme chronique déformant polyarticulaire, il y ait eu traumatisme. Dans la thèse de Barjon (1), on relève bien un cas douteux, où à la suite d'une chute assez violente il y eut impotence presque complète; dans la thèse de Lecoconnier (2), l'observation III vise de même une femme déjà touchée par la maladie et chez laquelle après une fracture de l'avant-bras, il y eut une aggravation brusque des symptômes; nous-mêmes avons eu occasion d'observer un cas net de rhumatisme déformant dont le début remontait, d'après le sujet, à un traumatisme de la main. En somme le nombre de faits relatés est encore trop petit pour permettre de faire l'histoire d'un rhumatisme chronique déformant post-traumatique dont l'existence ne nous paraît pas prouvée.

(1) *Le rhumatisme chronique déformant.* Th. Lyon, 1897-98.

(2) *Contribution à l'étude du rhumatisme noueux.* Th. Paris, 1901-02.

CHAPITRE V

Maladies de l'appareil respiratoire.

I

Pneumonie.

Confusion souvent faite entre les différents états inflammatoires post-traumatiques du poumon.
a) Pneumonie par traumatisme du thorax.
Statistique. — Pathogénie. — Étiologie. — Date du début : son importance. — Symptômes. — Complications. — Pronostic. — Expertise : — en cas de vie ; — après décès. — Influence de l'état antérieur.
b) Pneumonie par traumatisme éloigné.
Division. — Traumatismes ayant porté sur le pneumogastrique. — Traumatismes crâniens. — Traumatismes ayant occasionné une commotion générale. — Pneumonie par refroidissement, insolation, brûlure.

236. — Les auteurs ne sont pas d'accord sur ce qu'il faut entendre par *pneumonie traumatique ;* on a voulu confondre sous ce titre les pneumonies lobaires proprement dites, les broncho-pneumonies, les pneumonies interstitielles dites disséquantes, celles-ci plutôt fonction de gangrène. On a distingué les pneumonies traumatiques proprement dites, où le poumon est blessé directement et les pneumonies contusives, sans lésion apparente de la paroi (Litten), division qui ne semble pas présenter un réel intérêt. Il en est de même de celle proposée par Stern, en pneumonies lobaires aiguës

typiques, pneumonies atypiques avec infiltration pulmonaire étendue, pneumonies à foyer d'infiltration nettement localisé. Il semble n'y avoir là qu'une différence d'intensité dans les symptômes cliniques et dans l'état général, qui ne paraît pas justifier la formation de groupes vraiment distincts.

Laissant de côté les cas où la voie d'infection est évidente : plaie du poumon par un corps extérieur ou par une côte fracturée, nous étudierons d'abord les pneumonies lobaires vraies dues à un traumatisme du thorax sans plaie apparente. Mais nous ne pouvons oublier que des traumatismes éloignés ont été incriminés et nous discuterons donc la possibilité de lésions pulmonaires dans les cas où le thorax n'a pas été lésé.

a) *Pneumonies par traumatisme du thorax.*

236. — La pneumonie par traumatisme du thorax est une affection d'une rareté relative ; d'après Proust, sur 100 traumatismes sérieux du thorax, 4,5 seulement seraient suivis de pneumonie. Mais, comme le fait remarquer Urmès, il est possible que bon nombre de ces cas restent méconnus, l'état général du blessé ne permettant pas un examen local précis. Ce même auteur a pu recueillir 67 cas où la relation entre le trauma et l'affection pulmonaire est bien prouvée. Ceux qui n'ont voulu voir qu'une simple coïncidence, semblent avoir été guidés plutôt par des conceptions théoriques que par l'observation des faits.

237. — *A priori,* la possibilité de la pneumonie traumatique est nettement démontrée. Les recherches effectuées tant sur l'homme que sur les animaux montrent que l'on ne peut considérer les voies respiratoires comme dépourvues de micro-organismes ; en dehors de toute affection antérieure, on trouve tout particulièrement le pneumocoque végétant dans la gorge, et même dans les bronches. Il est à l'état d'hôte inoffensif maintenu en respect par les défenses naturelles de l'organisme, jusqu'au jour où un événement vient troubler

la résistance de l'individu à l'infection. Ce jour là le pneumocoque verra sa virulence s'exalter et la pneumonie lobaire sera très rapidement constituée. Nous n'insisterons pas sur ces faits, actuellement de notion courante, et suffisamment démontrés par la médecine expérimentale. Or, le traumatisme peut notablement modifier les conditions de défense du poumon, soit qu'il crée des foyers d'hémorrhagies, des extravasements sanguins où le micro organisme trouvera un excellent terrain de culture, soit qu'il trouble le fonctionnement du système nerveux, au rôle si important dans la phagocytose.

On ne peut nier d'ailleurs que d'autres causes peuvent puissamment aider l'action du traumatisme : on sait combien l'éthylisme favorise l'évolution du pneumocoque ; le surmenage met aussi en fâcheuse position l'individu atteint de pneumonie ; l'état local du poumon a aussi son influence : une bronchite chronique, un foyer de tuberculose paraissent jouer un rôle important dans l'apparition d'une infection ultérieure. Enfin, certains individus semblent prédisposés plus particulièrement aux infections par un microbe déterminé : Netter l'a fait remarquer, il y a des familles, des individus à pneumococcies.

238. — Le nombre des cas connus de pneumonie traumatique permet de tracer nettement l'histoire de cette affection. Le traumatisme qui lui donne naissance est généralement d'une très grande violence, quoiqu'on puisse relever de très grosses différences dans le degré de cette violence ; dans plusieurs observations en effet, nous notons la chute de l'individu seulement de sa hauteur à la suite d'un faux pas ; le plus souvent, pourtant, il s'agit d'une chute d'un lieu élevé, d'un écrasement partiel de la cage thoracique avec ou sans fracture de côtes, d'un tamponnement entre deux wagons, d'un coup de poing ou d'un coup de pied.

La date de *début* est de la plus haute importance pour établir la relation causale. On peut la fixer soit par l'apparition du frisson, soit par les signes objectifs ordinaires. Le

frisson initial a été considéré comme rare par certains auteurs : Béhier, Proust, Pézerat, en particulier. Cependant nous le voyons explicitement noté dans plus de la moitié des observations. Il est parfois précoce, apparaissant 10 heures après la contusion thoracique, généralement du premier au quatrième jour. En se basant sur ce symptôme, sur l'élévation brusque de température ou sur les signes stéthoscopiques, le début peut être fixé au plus tard le *cinquième jour après l'accident* (Urmès, Thoinot, Stern, Litten, Becker, Raffaelle). *Toute pneumonie apparaissant hors ce laps de temps n'est pas une pneumonie traumatique.* On a appliqué cette épithète à des affections dont le début s'est montré plusieurs semaines après le traumatisme ; c'est oublier que la pneumonie est une maladie qui menace à chaque instant un individu sain, et qui, bien souvent sans cause apparente, vient frapper un sujet en pleine santé. Le point de côté de début de la pneumonie est presque aussi constant dans son apparition et siège presque toujours au point blessé ; quelquefois cependant, il peut être remplacé par un malaise général.

A la *période d'état,* la pneumonie traumatique n'a rien de particulier, la marche de la température, les signes d'auscultation, le pouls sont les mêmes que dans toute pneumonie banale. Cependant on s'accorde généralement sur ce fait que l'herpès labial est souvent absent. Le siège de l'hépatisation est déterminé le plus souvent par le point traumatisé; en tous cas, la pneumonie est toujours du côté traumatisé, au moins au début. Tous les auteurs sont d'accord sur ce fait. Les signes d'auscultation peuvent être masqués par les bruits surajoutés dus à l'emphysème, à la présence d'air et de liquide dans la plèvre, aux fractures de côtes; mais dans les formes simples, on trouvera toujours les râles crépitants, la bronchophonie, le souffle tubaire, typiques.

L'*expectoration* mérite une mention spéciale car on a voulu en faire un des caractères distinctifs de la pneumonie traumatique. Au début, il n'est pas rare d'observer une vraie hémoptysie provenant d'une déchirure du poumon : plus

tard il n'est pas étonnant de voir, dans ces cas, les crachats rouillés remplacés par des crachats sanglants, et l'expectoration typique ainsi masquée. Mais, lorsqu'il n'y a pas de déchirure du poumon, ce sont bien des crachats rouillés, ambrés, marmelade d'abricots, que l'on peut observer (URMÈS).

Les *complications* de la pneumonie traumatique ne diffèrent pas de celles de la pneumonie à étiologie banale et ne sont pas plus fréquentes que dans celle-ci ; on a observé l'hépatisation grise, la gangrène, la pleurésie, les complications infectieuses : péricardite, endocardite, etc. Elles semblent dues plutôt au mauvais état du malade qu'à l'étiologie de la maladie. JACCOUD pense que la pneumonie peut être le point de départ d'une tuberculose pulmonaire. Le peu d'observations publiées jusqu'ici ne permet guère d'avoir une opinion ferme sur ce point.

239. — On a parlé de la bénignité de la pneumonie traumatique ; les statistiques de THOINOT, de LESCUDÉ, d'URMÈS montrent que cette bénignité n'existe pas. La mortalité serait au contraire plus grande que dans les pneumonies ordinaires : 33 à 35 0/0 au lieu de 25 0/0.

Dans tous les cas où l'autopsie a été pratiquée, on n'a pas retrouvé de lésions particulières à la pneumonie traumatique. Les auteurs qui ont voulu établir une distinction semblent s'être trouvés en présence plutôt d'inflammations interstitielles du poumon, ou de broncho-pneumonies, que de pneumonies vraies.

240. — *Comme conclusion* de cet aperçu sur la pneumonie traumatique, nous dirons que le médecin expert pourra établir la relation de cause à effet entre l'accident et la maladie en se basant sur l'état antérieur du blessé, sur la date d'apparition de la pneumonie, sur son siège. Toute pneumonie qui n'aura pas apparu dans les cinq jours de l'accident devra être considérée comme une simple coïncidence. Si elle n'est pas localisée au point traumatisé extérieurement

on devra tenir au moins pour suspecte l'origine accidentelle. Cependant cette règle souffre peut-être quelques exceptions dont nous verrons plus loin l'explication. Le fait d'avoir rendu des crachats hémoptoïques sera en faveur de l'étiologie traumatique. Quant aux signes tirés de l'évolution nous nous refusons à admettre, avec l'école allemande, que le frisson initial, la température élevée, l'augmentation du volume de la rate soient en faveur d'une pneumonie non accidentelle. Nous nous sommes expliqués sur ce point; la pneumonie traumatique ne diffère pas d'une infection pneumoccocique ordinaire.

241. — Si l'on se trouve en présence d'un cas de mort, l'autopsie devra relever avec soin les traces de violence sur le corps. La présence d'une ecchymose sur la plèvre au niveau du poumon malade établira une grande présomption en faveur de l'origine traumatique; mais, si la maladie a duré un certain temps, cette ecchymose a eu le temps de disparaître. De même l'existence d'une déchirure du parenchyme pulmonaire devra être recherchée. Si l'on ne peut relever aucune trace de violence sur les téguments, si l'examen des plèvres ne permet pas de croire à un choc, il sera bien difficile à l'expert de conclure affirmativement. Alors même que le malade se serait alité sitôt après l'accident dont il aurait été victime, on ne peut établir si la pneumonie constatée est bien la conséquence de cet accident. Il en est surtout ainsi si l'on n'a que des renseignements vagues sur l'état de santé antérieur et si les témoignages ne sont pas concluants sur l'accident lui-même. L'examen du poumon peut donner quelques renseignements sur l'âge de la maladie d'après le degré et l'aspect de l'hépatisation. Thoinot a cependant admis la relation de cause à effet dans un cas où la mort, arrivée 48 heures exactement après l'accident avait permis de constater à l'autopsie un poumon en état d'hépatisation grise : il admet que l'alcoolisme invétéré du sujet a dû jouer un rôle dans cette évolution foudroyante. Il est permis de se demander, et l'auteur se pose

lui-même la question, s'il ne s'agissait pas d'une pneumonie en évolution latente que le traumatisme n'a fait que déceler. LITTLEJOHN (1) a fait trente-trois autopsies où la mort avait été causée par une pneumonie absolument latente, que rien n'avait décelée pendant la vie; ces faits semblent fréquents surtout chez des alcooliques, soit que leurs réactions soient moins vives du fait de leur intoxication, soit que l'état de surexcitation habituelle émousse leur sensibilité. Les lésions siègent surtout à la base des poumons. Dans le cas de THOINOT, cité plus haut, l'hépatisation grise siégeait précisément à la base gauche et il s'agissait d'un éthylique renforcé.

242. — Enfin, il y a lieu de se demander si l'état du blessé : intoxications (éthylisme), lésions pulmonaires, pneumonies antérieures, ne le prédisposait pas à l'infection pneumoccocique. Il semble démontré que le microbe est puissamment aidé par le terrain sur lequel il évolue. Cependant étant donné, d'une part l'éclosion fréquente de pneumonies traumatiques chez des individus sans aucune tare, et, d'autre part, leur gravité absolue qui ne permet jamais d'affirmer leur terminaison heureuse chez un sujet parfaitement sain auparavant, nous croyons difficile, au moins dans la plupart des cas, qu'on puisse arguer de l'état antérieur du blessé pour diminuer la responsabilité patronale.

b) *Pneumonies par traumatisme éloigné.*

243. — On peut les ranger en trois catégories selon qu'elles succèdent à :

1° Un traumatisme ayant porté sur le pneumogastrique;

2° Un traumatisme ayant atteint les centres cérébraux;

3° Un traumatisme ayant occasionné une commotion générale.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur leur réalité. THOINOT considère que les observations recueillies ne sont pas

(1) *Sem. méd.*, 1902, p. 298. *Edinburgh med. journ.*, avril 1902.

concluantes. Les cas publiés jusqu'ici sont peu nombreux. Cependant leur réalité semble prouvée par l'expérimentation. Ces faits ont été signalés et étudiés par Meunier, dans son importante thèse sur le rôle du système nerveux dans l'infection du poumon.

244. — Les faits du premier groupe sont évidemment très rares; Meunier cite un cas de Verger où un coup de feu avait sectionné un pneumogastrique, ainsi qu'il fut constaté à l'autopsie. Les suites immédiates furent des troubles respiratoires et cardiaques (arythmie). Quinze jours après, se déclarait une pneumonie insidieuse qui enleva le malade. La pneumonie siégeait du côté du pneumogastrique coupé. Chez un malade de Riedel, après section opératoire du pneumogastrique, il se déclara une bronchite suppurée unilatérale qui débuta le troisième jour après l'opération. Le malade succomba le quatorzième jour.

245. — La littérature concernant les traumatismes crâniens est un peu plus riche. On a pu observer à leur suite des ecchymoses intra-pulmonaires, des pneumonies vraies, des gangrènes du poumon. Les accidents pulmonaires suivent de très près l'accident : c'est du deuxième au cinquième jour qu'on nota le début de l'affection. Celle-ci fut toujours du côté opposé à la lésion cérébrale.

246. — Expérimentalement, nous savons que les lésions des pneumogastriques donnent naissance à des troubles de nutrition profonde du côté du poumon et favorisent grandement son infection. D'autre part Brown-Séquard a vu des pneumonies évoluer du côté opposé à des lésions cérébrales provoquées : nothnagel a pu produire des hémorrhagies pulmonaires plus ou moins étendues en piquant la surface des hémisphères cérébraux; Piccinino a occasionné des pneumonies par la lésion des corps restiformes. La pathogénie des pneumonies que nous avons rangées dans les deux premiers groupes est la même : il s'agit toujours d'une infection favo-

risée par les troubles apportés dans le fonctionnement du système nerveux auquel sont si étroitement liés les phénomènes de défense organique.

Le médecin aura pour se guider : l'apparition précoce de troubles respiratoires ou cardiaques indiquant une lésion du pneumogastrique ou des centres cérébraux en rapport avec lui, la date de début de l'affection pulmonaire, la localisation de cette affection.

247. — Enfin, on a pu signaler des cas où, à la suite d'une chute d'un lieu élevé, alors que le thorax n'avait été nullement traumatisé, on a vu se développer une pneumonie. Meunier cite un fait observé par Descazales où une chute violente sur le sacrum fut suivie de perte de connaissance immédiate, puis, quatre jours après, d'une pneumonie mortelle. De fait, un traumatisme expérimental d'une certaine intensité peut déterminer des troubles nerveux : abaissement brusque de la pression, arythmie respiratoire. On conçoit théoriquement que ces troubles, même passagers, peuvent favoriser l'infection pulmonaire. Pour pouvoir émettre une opinion, il faudra se baser sur l'état de santé antérieur de la victime, sur l'intensité de la commotion, sur la rapidité avec laquelle apparaîtra l'affection pulmonaire. La possibilité de cette étiologie a été admise en médecine légale (Raffaele).

248. — Nous ne ferons que signaler quelques cas qui peuvent être considérés aussi comme la suite d'accidents du travail : ce sont les pneumomies consécutives au *refroidissement*, à *l'insolation*, aux *brûlures* plus ou moins étendues du thorax. Ici encore, comme le fait remarquer Meunier (loc. cit.) le système nerveux est l'intermédiaire entre la lésion primitive et l'affection secondaire. Le *refroidissement* pourra dans certains cas être un accident du travail : chute dans l'eau par exemple. Quoique son rôle étiologique soit fortement contesté par quelques médecins, il ne semble pas douteux qu'il puisse être la cause occasionnelle d'une pneumonie. Le début de celle-ci sera toujours très rapproché du moment

où l'individu fut exposé au refroidissement : quelques heures séparent généralement l'accident du frisson initial.

L'*insolation* a été considérée aussi comme provocatrice de la pneumonie; celle-ci ne pourra être bien entendu regardée comme un accident du travail qu'autant que l'insolation elle-même sera considérée comme telle.

Dans les deux circonstances que nous venons d'étudier, il y a lieu de tenir compte de l'état d'ivresse dans lequel peut avoir été la victime. On sait combien l'alcool a d'influence sur le système nerveux, annihile son action de défense. Dans le cas d'ivresse on peut admettre que les infections sont grandement favorisées et ce n'est pas faire trop large part au poison que d'admettre qu'il est de moitié dans l'étiologie d'une pneumonie contractée dans de telles conditions.

En ce qui concerne les pneumonies observées à la suite de *brûlures*, elles sont à rapprocher des lésions observées dans le tube digestif, dans les accidents de cette nature. Il ne sera pas nécessaire que les brûlures soient très profondes pour occasionner des troubles nerveux graves; leur étendue superficielle semble jouer un plus grand rôle dans l'éclosion des accidents viscéraux, qui sont généralement très précoces.

Ouvrages a consulter : lescudé. Th. Paris, 1897-98. — Pézerat. *Gaz. hebdom.*, 1898. p. 721. — Urmés. Th. Nancy, 1900-01. — Meunier. Th. Paris, 1896. — Thoinot. *Ann. hyg. et méd. lég.* 1898.

II

Bronchites aigues; broncho pneumonies.

249. — L'étude que nous venons de faire de la pneumonie traumatique et de sa pathogénie nous permettra d'être brefs en ce qui concerne les bronchites et les broncho pneumonies de même étiologie.

Presque toutes les contusions du thorax, surtout celles

causées par un trauma un peu violent, peuvent produire des bronchites. Ces bronchites passent la plupart du temps inaperçues, masquées par les symptômes douloureux, qui appellent davantage l'attention.

Un degré de plus, et il se constitue des foyers de broncho pneumonie plus ou moins diffuse par le même mécanisme que nous avons vu présider à l'infection pneumococcique dans la pneumonie lobaire.

Bronchites plus ou moins étendues ou broncho pneumonies, il est rare que ces affections soient d'un pronostic fâcheux. Le plus souvent leur évolution se fait en quelques jours et elles guérissent sans laisser de traces.

Pour leur attribuer une origine accidentelle, on se basera sur les règles que nous avons déjà posées relativement à la pneumonie lobaire : lésions broncho-pulmonaires du côté blessé, état de santé antérieur satisfaisant, apparition dans les quatre ou cinq jours qui suivent l'accident.

III

Gangrène pulmonaire.

Étiologie et mécanisme. — Marche et symptômes. — Durée. — Expertise.

250. — En dehors de la terminaison par gangrène des pneumonies traumatiques, on peut observer, à la suite de contusions du poumon, des gangrènes primitives. Le mécanisme s'en comprend facilement. Le poumon troublé dans sa nutrition, dans sa vitalité, est envahi en un point limité par les agents microbiens de la putréfaction et il s'ensuit la formation d'une escharre qui tend à s'éliminer.

Les traumatismes en cause sont toujours très violents ; il s'agit d'un tamponnement entre deux wagons, d'une chute d'un lieu élevé... Souvent, il y a fracture de côtes, mais cette lésion peut manquer. Il peut y avoir lésions profondes

du tissu pulmonaire sans que l'on puisse relever d'autre cause qu'une contusion plus ou moins grave. On sait en effet combien facilement les arcs costaux peuvent, sous l'influence d'une violence extérieure, accentuer leur courbure sans se rompre. D'après Weisserer, jusqu'à vingt-cinq ans, le sternum peut être amené au contact de la colonne vertébrale sans qu'il y ait fracture de côtes. Cette élasticité va, il est vrai, en diminuant avec l'âge et fait place chez le vieillard à une grande fragilité. Il semblerait que le poumon par sa mobilité et sa consistance particulières pût éviter d'être blessé; cependant, il n'en est rien. Les théories n'ont pas manqué pour expliquer le fait des grands délabrements du poumon, lorsque la cage thoracique restait intacte. Nous ne les discuterons pas. La meilleure est peut-être celle de Dionis du Séjour ; (1) il admet que la compression brusque de l'air fait éclater les bronches et les alvéoles. Peut être cette compression est-elle favorisée, comme le voulait Gosselin, par la fermeture instinctive de la glotte, et l'effort réflexe au moment du traumatisme.

251. — L'accident provoque toujours une douleur vive chez le blessé; mais les symptômes du début peuvent rapidement s'atténuer et la victime reprendra parfois son travail dans les jours qui suivent, comme le sujet de Hayem qui retourna à ses occupations au bout de trois jours. Ce n'est pourtant pas la règle et, fréquemment, il y a des signes de légère réaction pulmonaire, sans grand retentissement sur l'état général. Fait intéressant et que nous retrouvons signalé dans plusieurs observations, les crachats souvent hémoptoïques *peuvent aussi rester muqueux*, ne pas être mélangés même de stries sanglantes. Bref, cette période, *période apyrétique* de Hanot, n'a rien de caractéristique. Mais au bout de quelque temps la scène change : sans le frisson ordinaire du début, les crachats deviennent fétides, prennent une couleur sale, peuvent se mélanger de sang, la fièvre s'allume, oscille

(1) Th. Paris, 1901-02.

aux environs de 38° à 38°,5; l'état général devient mauvais. A l'auscultation, on trouve une zone de râles crépitants, ou sous-crépitants, parfois très limitée; quelquefois un souffle. Dans l'expectoration, on peut, à un certain moment, assister au rejet d'une escarre noirâtre, de volume plus ou moins considérable; et, à la suite de ce phénomène, les signes d'auscultation peuvent déceler la présence d'une véritable caverne. C'est là la *période d'élimination* qui peut se terminer par la mort, ou à laquelle fait suite une *période de réparation*. Parfois la plèvre peut réagir et on a des signes d'un épanchement qu'une ponction montre fétide, gangréneux.

La durée de la période apyrétique ou, pour parler plus justement, l'espace de temps qui s'écoule entre le traumatisme et l'apparition des premiers symptômes, n'est pas d'une fixité absolue, mais elle ne varie qu'entre certaines limites. C'est en général du dixième au quinzième jour que l'odeur des crachats devient révélatrice du processus de gangrène; rarement on peut voir la période de début se prolonger et atteindre trois ou quatre semaines. Woillez cite bien un cas où l'expectoration fétide fut pour la première fois notée plus de six mois après l'accident. Mais il y avait eu, depuis le traumatisme, persistance de la toux et des hémoptysies. Il s'agissait là d'un processus morbide dont l'autopsie elle-même ne dévoila pas complètement la nature, faute d'un examen complet.

252. — Le médecin expert pourra donc rattacher à une contusion du thorax les gangrènes pulmonaires, se dévoilant entre la seconde et, au plus tard, la quatrième semaine qui suivront l'accident, si, par ailleurs, les conditions nécessaires pour produire une contusion du poumon se sont trouvées réunies.

Ouvrages a consulter : Hanot. Soc. anat. 1875. — Fourrière. Th. Paris, 1878. — Stern.

IV

Pleurésies et épanchements pleuraux.

a) Pleurésie sèche. — Fréquence. — Étiologie. — Marche. — Diagnostic et pronostic des adhérences pleurales. — Pathogénie.
b) Pleurésie séro fibrineuse. — Elle est toujours tuberculeuse.
c) Pleurésie hémorrhagique; hémothorax.
d) Pleurésies purulentes.
e) Épanchements chyleux de la plèvre.

253. — La plèvre peut être touchée secondairement à une affection pulmonaire post-traumatique et, dans ce cas, la pleurésie n'est en général qu'un phénomène relativement peu important; mais elle peut réagir isolément à la suite d'un traumatisme. Il convient d'examiner séparément les pleurésies sèches ou à exsudat liquide dont il faut séparer les épanchements non inflammatoires qui peuvent se produire dans la cavité pleurale.

a) *Pleurésies sèches.*

254. — D'après certains auteurs (Stern, Raffaele), ce serait la plus fréquente. Becker cite un cas, dû à Israel, assez caractéristique au point de vue des lésions pleurales. Il s'agit d'un homme qui, à la suite d'une contusion du côté droit du thorax, mourut avec des symptômes qui semblaient mal déterminés, vingt jours après l'accident. A l'autopsie on trouva une inflammation pleurétique avec adhérence localisée au point frappé.

La plèvre, lorsque tout se borne à une pleurésie sèche, réagit au point frappé. L'éclosion des accidents est à brève échéance. Au bout de quelques jours, on doit percevoir, à un examen attentif, le frottement pleural. Il peut y avoir quelques phénomènes généraux, de l'élévation de la température, mais parfois tout se borne à une douleur localisée. Le pronostic est bénin la plupart du temps. Cependant on peut voir parfois,

comme à la suite de pleurésies séreuses, persister indéfiniment des douleurs plus ou moins marquées. Ainsi que le fait remarquer STERN, la non constatation à l'auscultation de signes pouvant expliquer ces douleurs ne suffit pas pour les nier. Les adhérences pleurales peuvent ne donner lieu qu'à des signes physiques insignifiants ; on peut aussi se trouver en présence de névralgies intercostales persistantes. Pour faire le diagnostic d'adhérences pleurales, on a recommandé d'employer le signe du cordeau dû à PITRES, et basé sur la déviation de la pointe du sternum en dehors de la ligne médiane ; KELSCH (1) prend pour base de son diagnostic la mesure de l'ampliation thoracique. Pour cela il fait faire une expiration forcée aussi complète que possible au sujet examiné, et prend la mesure de son périmètre thoracique au niveau des mamelons. Puis, il fait une seconde mesure, après que le thorax est dilaté par une profonde inspiration. En soustrayant le premier chiffre du second, on établit la valeur de l'amplitude moyenne. Normalement, elle est de 5 centimètres ; à quatre centimètres, le sujet doit être tenu comme suspect ; à trois centimètres, il y a insuffisance respiratoire et, si rien d'anormal ne se traduit à l'auscultation, on peut faire le diagnostic d'adhérences pleurales. Pour COMBES, rien n'égalerait la radiographie, préconisée par KELSCH et BOISSON, pour faire le diagnostic. Les rayons RÖNTGEN montrent, du côté où existent les adhérences, une diminution notable de l'amplitude des mouvements diaphragmatiques et un léger retard de ces mouvements.

255. — La pathogénie de ces pleurésies sèches n'est pas exactement déterminée ; on peut se demander si le poumon sous-jacent n'a pas été lésé en même temps que la plèvre, ce qui expliquerait ainsi la pénétration microbienne. Peut-être aussi s'agit-il quelquefois d'une tuberculose pleurale préexistante, comme en ce qui regarde les pleurésies séreuses, mais les documents manquent pour éclaircir la question.

---

(1) COMBES, Th. Lyon, 1897-98.

256. — Il sera difficile au médecin expert d'être absolument affirmatif sur l'origine des adhérences pleurales dont il sera appelé à constater l'existence. On sait en effet combien sont nombreux les cas où ces adhérences passent inaperçues. On manquera d'ailleurs généralement de renseignements sur l'état de la plèvre au moment de l'accident, soit que le premier médecin appelé n'ait pas examiné avec soin le poumon, soit que le blessé immobilisant instinctivement son côté contusionné, ait rendu difficile cet examen. On devra donc se contenter souvent de conclure en faveur de probabilités plus ou moins grandes selon les renseignements qu'on aura pu recueillir sur l'histoire pathologique du blessé, sur son état antérieur, la façon dont s'accomplissait sa respiration, dans la course, par exemple; nous avons vu plus haut ce qu'il fallait penser des douleurs persistantes accusées parfois à la suite de contusions du thorax.

b) *Pleurésie séro-fibrineuse.*

257. — L'existence des épanchements séro fibrineux de la plèvre à la suite d'une contusion thoracique est admise par tous les auteurs. Nombreux sont les cas actuellement connus. Mais une intéressante évolution s'est faite en ces dernières années dans la conception de leur pathogénie. Déjà LE DAMANY, dans sa thèse, avait rapporté deux cas de pleurésie traumatique dont la nature tuberculeuse était nettement prouvée. CHAUFFARD, en 1896, rapportait trois cas sur lesquels deux furent prouvés d'origine bacillaire. En tenant compte de la difficulté à mettre en évidence cette origine, puisque NETTER a eu des inoculations négatives dans maints cas où l'étiologie n'était pas douteuse (1), on pouvait se demander si toutes les pleurésies séro-fibrineuses traumatiques ne rentraient pas dans le cadre des pleurésies tuberculeuses. Les travaux les plus récents sur la question, celui de BARJON et LESIEUR dans le *Lyon médical*, les thèses de

(1) *Tr. de méd.*, BOUCHARD et BRISSAUD, Art. Pleurésies.

Chavastelon, de Hugues montrent que cette opinion est exacte, au moins dans le plus grand nombre des cas. Des pleurésies le plus nettement traumatiques en apparence furent vérifiées de nature tuberculeuse. Il ne semble pas téméraire de raisonner par analogie pour les cas où la démonstration n'a pu être faite, tout comme nous le faisons lorsqu'il s'agit d'une soi-disant pleurésie *a frigore*. Nous ne voyons pas en effet sur quoi se baser pour établir une distinction : date du début, évolution, symptômes sont les mêmes. Tous les cas où l'on n'a pu établir d'une manière absolue la présence des bacilles se sont terminés par la guérison, mais ne peut-on admettre que, précisément alors, les germes infectieux étaient très rares? Nous savons que l'abondance de l'épanchement n'est pas en rapport avec l'infection plus ou moins massive de la plèvre et qu'une éruption de tuberculose extrêmement discrète peut donner lieu à un épanchement séro-fibrineux considérable.

L'histoire de la pleurésie séro-fibrineuse se confond donc avec celle de la tuberculose pleurale que nous avons déjà étudiée.

c) *Pleurésie hémorrhagique : hémothorax.*

258. — Il est bien rare que des épanchements séreux consécutifs à des contusions du thorax ne soient pas plus ou moins mélangés de sang. On ne peut pour cela les qualifier de pleurésies hémorrhagiques à proprement parler.

Plus fréquents sont les hémothorax dus à la rupture soit des vaisseaux de la paroi, soit d'un vaisseau du poumon. Mais l'erreur de diagnostic ne peut guère se faire sur l'origine de l'épanchement sanguin. Les troubles graves révélateurs d'hémorrhagie interne s'accompagnant de tous les signes d'un épanchement pleural, se montrent dans les quelques instants qui suivent l'accident : contusion de la poitrine avec ou sans fractures de côtes. Il ne pourra pas davantage y avoir hésitation lorsque l'hémothorax ne se formera que le lendemain, alors que la contusion thoracique n'a pas paru au

premier instant de grande gravité. Nous en trouvons un exemple dans la thèse de SOURD (1). On peut même admettre que c'est seulement plus tard, à la chute d'une escarre, que se produira cet hémothorax : les commémoratifs de traumatisme antérieur, rapprochés de la connaissance de la nature hémorrhagique de l'épanchement, suffiraient pour éclairer le médecin expert.

d) *Pleurésies purulentes.*

259. — En dehors des pleurésies purulentes succédant à une plaie pénétrante infectieuse, on peut se trouver en présence d'épanchements purulents de la plèvre secondaires soit à une gangrène post-traumatique du poumon, soit à une pneumonie traumatique, soit à une pleurésie séreuse. Si l'affection primitive a été diagnostiquée, il n'y aura aucune difficulté. Mais il peut ne pas en être ainsi. La pneumonie a pu passer inaperçue, l'attention du médecin n'ayant pas été suffisamment appelée sur elle; la gangrène pulmonaire a pu être très limitée. Il est probable que bon nombre de cas qualifiés primitifs ne sont ainsi que des épanchements purulents secondaires; et l'on pourra être obligé de n'être affirmatif ni dans un sens, ni dans l'autre, d'admettre une simple possibilité. D'ailleurs ces épanchements purulents à la suite de contusions thoraciques sont extrêmement rares.

e) *Épanchements chyleux de la plèvre.*

260. — Les vieilles tuberculoses pleurales peuvent parfois donner lieu à des épanchements purulents chyliformes. Nous n'en avons pas trouvé de relations à la suite d'accidents, mais, *a priori*, on ne voit pas l'impossibilité d'une telle évolution. Il ne faut pas confondre ces pleurésies chyliformes avec le *chylothorax* vrai, observé parfois à la suite d'un traumatisme. La cause est ici la déchirure du canal

(1) Th. Lyon, 1899-00.

thoracique avec épanchement consécutif de son contenu dans la cavité pleurale; on n'a pas pu toujours mettre en évidence, à l'autopsie, cette déchirure.

Le traumatisme causal est généralement violent, provoque souvent des fractures des côtes, des clavicules, des vertèbres; parfois cependant il y a seulement contusion.

Ce qui caractérise le chylothorax traumatique c'est la formation, dans les jours qui suivent l'accident, de l'épanchement caractérisé par les signes physiques : percussion, auscultation, et son accroissement rapide sans symptômes généraux : ni fièvre, ni frisson de début. La douleur elle même manque quelquefois; la dyspnée existe généralement. A la ponction exploratrice, on retire un liquide laiteux que l'examen chimique et microscopique montre être du chyle. L'épanchement pourra être abondant : 1.500 à 2.000 grammes.

La guérison semble se produire dans plus de 50 0/0 des cas après la ponction évacuatrice.

CHAPITRE VI

Maladies du cœur, des vaisseaux et du sang.

I. — *Péricardites :* Étiologie. — Début. — Marche. — Diagnostic. — Hydropneumopéricardes et hémopéricardes.
II. — *Myocardites :* Étiologie. — Influence de l'état antérieur. — Symptomatologie. — Myocardite partielle. — Diagnostic.
III. — *Endocardites :* Endocardites succédant à une plaie infectée. — Endocardites traumatiques proprement dites. — Endocardites aiguës et chroniques. — Difficultés du diagnostic. — Complications tardives.
IV. — *Asystolie :* Cœur forcé. — Travail musculaire prolongé et effort. — Influences morales.
V. — *Troubles nerveux cardiaques.*
VI. — *Maladies des artères :* Contusions. — Anévrysmes. — Anévrysme de l'aorte.
VII. — *Maladies des veines :* Varices; hémorrhoïdes; varicocèle. — Phlébite et embolies. — Expertise.
VIII. — *Leucémie :* Rareté des cas probants. — Étiologie. — Pronostic. — Expertise.

261. — Nous avons étudié dans la première partie les cas des ruptures valvulaires se produisant soit sous l'influence d'un effort, soit dans un traumatisme; nous avons déterminé dans quelles conditions ces lésions devaient être considérées comme des accidents du travail. En dehors des cas où la rupture valvulaire est le résultat unique et immédiat de l'accident, il en est d'autres où le cœur peut sembler peu touché au premier moment et où, pourtant, l'on voit évoluer secondairement une affection cardiaque. Ce sont ces faits dont nous abordons l'étude ici. Notés seulement au passage dans les classiques, ils ont été l'objet d'un travail important de la part de Stern dans son ouvrage sur *l'origine trauma-*

tique des maladies internes; il faut y joindre quelques thèses et observations traitant certains points particuliers.

1° *Péricardites.*

262. — La situation superficielle du péricarde l'expose facilement aux atteintes du traumatisme. BECKER admet qu'il peut y avoir grave lésion du cœur ou de ses enveloppes sans qu'il y ait trace du traumatisme sur les parties molles ou osseuses du thorax. Sans nier la possibilité de ce fait nous constaterons que dans la plupart des observations que nous avons lues, nous avons relevé l'existence de lésions apparentes dans la région précordiale.

Quoi qu'il en soit, en dehors des ecchymoses sous péricardiques, qui n'ont pas d'histoire clinique, des plaies ouvertes du péricarde qui ne rentrent pas dans le cadre de notre sujet, le traumatisme peut être l'origine de péricardites sèches, ou avec épanchement séreux, hémorrhagique ou purulent. Cette étiologie est d'ailleurs rare dans l'histoire des péricardites.

263. — Ici, comme dans toutes les inflammations, l'état actuel de la science ne permet pas d'admettre le traumatisme comme cause efficiente de la péricardite. Le traumatisme ne fait que jouer le rôle de cause prédisposante, que créer un point de moindre résistance où peut se localiser le germe infectieux venu d'un autre point de l'économie. La part du traumatisme doit être tenue pour plus ou moins grande, selon que le blessé est porteur d'une source d'infection évidente qui ne demandait qu'à s'étendre, ou, au contraire, que l'infection a succédé au traumatisme, appelée par lui. C'est là un élément d'appréciation dont on devra tenir compte.

Les cas publiés montrent que les symptômes de péricardite apparaissent très rapidement : on a pu les trouver six heures après le choc sur la région cardiaque: dans d'autres cas, c'est quinze jours ou trois semaines après l'accident

que ces signes ont été notés. Ils ne diffèrent pas de ceux de la péricardite rhumatismale sèche ou avec épanchement; le plus souvent l'épanchement liquide fait défaut ou se réduit à peu de chose. En revanche les adhérences sont fréquentes comme terminaison de l'affection.

264. — La péricardite ne peut être affirmée traumatique que lorsque le médecin a suivi son évolution depuis le début. Dans les cas où, plusieurs mois après un accident on devra établir la relation entre la péricardite actuelle et le trauma initial, on ne pourra émettre que des probabilités en se basant sur l'état antérieur du malade, sur l'absence de tout antécédent pathologique susceptible de produire l'inflammation du péricarde. On devra avoir présent à l'esprit que le traumatisme a pu frapper un péricarde déjà lésé antérieurement et ne produire qu'une aggravation d'un état préexistant. La péricardite, en effet, peut, dans nombre de cas, évoluer sans causer aucun trouble fonctionnel pendant plusieurs années. De nombreuses autopsies le prouvent surabondamment.

La nature de l'épanchement pourra donner d'utiles renseignements. Un épanchement hémorrhagique devra faire penser à des néo-membranes friables s'étant rompues dans le choc; un épanchement purulent ne se produira guère que chez un individu déjà taré du fait d'un mauvais état de santé antérieur. Un examen rigoureux de tous les organes s'imposera pour dévoiler, s'il est possible, les causes de l'inflammation : tuberculose, foyer purulent, etc..

On ne devra pas oublier que la péricardite traumatique peut probablement évoluer chroniquement d'emblée sans passer par une phase aiguë. Il est certain qu'on ne pourra admettre cette étiologie que s'il y a eu continuité, constatée par des examens médicaux, dans les symptômes douloureux au niveau de la région précordiale.

265. — A côté des péricardites vraies, nous ne ferons que signaler les *hydropneumopéricardes*, complication rare des

fractures osseuses thoraciques, se produisant immédiatement après l'accident et ne laissant pas de place au doute. Nous en dirons autant des *épanchements sanguins* intrapéricardiques entraînant rapidement la mort par compression du cœur : à l'autopsie, on devra seulement vérifier si la production de l'hémopéricarde a été favorisée par d'anciennes lésions de la séreuse.

2° *Myocardites.*

266. — Selon la remarque de Bernstein (cité par Golebiewski), lorsqu'un choc atteint la région précordiale, la partie la plus exposée à la déchirure est celle qui se trouve en état de tension : le myocarde, pendant la systole. De fait, les contusions ayant intéressé le myocarde ne sont pas précisément rares, puisque Fischer en a rassemblé 76 cas (1). Mais, le plus souvent, il y a une déchirure du muscle cardiaque et mort rapide. Dans neuf cas seulement on voit la lésion évoluer vers la guérison. Alors même que les accidents graves semblent conjurés, on devra être réservé sur le pronostic, ainsi que le prouve l'observation suivante de Ebbinghaus (2) :

Une fillette de 12 ans fait une chute d'un quatrième étage. Elle ne présente en apparence que quelques contusions sans importance ; cependant, on constate quelques irrégularités du pouls. Neuf jours après la chute, mort subite. A l'autopsie, on trouva une rupture du cœur au niveau du ventricule gauche.

Il y avait eu évidemment rupture incomplète au premier moment. Dans des cas analogues l'état du muscle cardiaque devra être soigneusement examiné, et l'on devra noter si une altération antérieure : dégénérescence graisseuse, sclérose, altération des coronaires, etc. ne le rendaient pas plus friable que normalement. On comprend d'ailleurs que des

(1) Dupuich. Th. Lyon 1899-00.
(2) *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1903.

lésions minimes peuvent, au contraire, évoluer vers la cicatrisation. Mais, cette cicatrisation pourra ne pas être une guérison, une *restitutio ad integrum;* elle pourra être le point de départ d'une irritation chronique du myocarde évoluant plus ou moins rapidement. C'est là un processus analogue à celui qu'on peut observer, lorsqu'une myocardite chronique succède à une légère atteinte du muscle cardiaque par une infection aiguë. Lorsque la mort a suivi rapidement et que l'autopsie a pu être pratiquée, on a trouvé de petites déchirures musculaires, des hémorrhagies plus ou moins étendues entre les fibres cardiaques. Peut-être les cas où le traumatisme est l'origine d'une myocardite sont-ils plus fréquents qu'on ne l'a pensé jusqu'à présent : les classiques en admettent bien la possibilité, mais ne signalent cette étiologie qu'en passant. Certaines observations semblent pourtant démonstratives.

267. — Hochhaus (1) a soigneusement étudié ces faits et noté comme étiologie la plus fréquente un coup sur la région précordiale. Cependant, parfois le traumatisme a pu porter sur une autre partie du corps, consister en une chute sur le dos; une commotion violente semble pouvoir suffire en dehors de toute lésion extérieure appréciable.

La symptomatologie ne présente rien de particulier; elle est précoce, apparaît dans les quelques semaines qui suivent l'accident; tout d'abord, le blessé accuse généralement de la douleur et de la dyspnée; puis, les signes physiques du côté du cœur et du pouls se montrent et s'accentuent progressivement : arythmie, petitesse du choc de la pointe, augmentation de la matité cardiaque. Enfin, rapidement, apparaissent les phénomènes d'insuffisance cardiaque : dyspnée intense, œdème, etc.

268. — Parfois, les lésions peuvent ne frapper qu'un point limité, quand le traumatisme a porté directement sur la

(1) Deutsch. Arch. f. klin. Chir., 1893.

région précordiale. On a pu assister progressivement à la formation d'un rétrécissement intéressant l'infundibulum pulmonaire. POTAIN a noté ces faits qu'il explique par une myocardite scléreuse cicatricielle limitée; il croit d'ailleurs que plus tard il peut y avoir dilatation de la paroi cardiaque par suite de la diminution de sa résistance (1).

269. — Le diagnostic des myocardites traumatiques présente deux difficultés. On devra d'abord se demander si l'on est en présence d'une altération du muscle cardiaque ou plutôt en face de troubles nerveux. Ce n'est qu'en suivant attentivement le malade, en se renseignant sur ses antécédents, en étudiant de près les signes fonctionnels ou physiques, les conditions dans lesquelles se produit sa dyspnée qu'on arrivera à se convaincre. Une fois admise l'existence de la myocardite il faudra la rattacher au traumatisme, ou au contraire rejeter cette étiologie. Dans bien des cas il sera impossible d'arriver à une certitude et l'on devra se contenter de probabilités plus ou moins grandes; on sait en effet que des lésions légères du myocarde peuvent évoluer longtemps sans causer de troubles importants. La localisation du traumatisme à la région précordiale, le fait que le blessé a accusé des douleurs dans cette région, avec dyspnée et tendance à la syncope pendant les jours qui ont suivi l'accident, l'absence d'antécédents toxiques ou infectieux feront admettre la probabilité de l'étiologie traumatique de la myocardite.

Dans certains cas où l'examen médical aura lieu tardivement et où les renseignements manqueront sur l'état du malade pendant la période antérieure à l'accident et la période intermédiaire entre celui-ci et l'examen, il sera impossible à l'expert de donner une conclusion ferme sur l'origine de l'affection.

---

(1) LANDOUARÉ, Th. Paris, 1899-00.

3° *Endocardites.*

270. — Il convient tout d'abord d'éliminer de notre cadre les *endocardites succédant à une plaie infectée,* siégeant en un point quelconque du corps. Quoique suite d'accident, elles ne rentrent pas dans la catégorie des endocardites dites traumatiques. Elles pourront parfois donner lieu à discussion : le médecin ne pourra jamais être affirmatif sur leur origine s'il est consulté au moment où les lésions sont déjà constituées. Dans le cas où il assiste à leur évolution, il devra se demander si une lésion ancienne n'a pas servi de point d'appel aux germes infectieux : les caractères de l'auscultation, l'histoire pathologique antérieure du sujet pourront l'aider dans ce diagnostic.

271. — Une question plus intéressante se pose dans les conditions suivantes : après un choc violent sur la poitrine, sans qu'il y ait eu plaie ouverte, on observe tous les signes d'une lésion valvulaire qui n'avait pas été constatée au premier abord. Peut-on admettre que le traumatisme ait déterminé une endocardite, cause d'insuffisance ou de rétrécissement?

Des expériences déjà anciennes pratiquées sur les animaux ont montré l'influence des lésions mécaniques sur le développement des inflammations de l'endocarde. L'introduction de germes infectieux dans la circulation donne lieu presque à coup sûr à une endocardite, si l'on a eu soin au préalable de léser ou même de blesser légèrement les valvules cardiaques. Ces faits expérimentaux ont montré ainsi combien les lésions infectieuses nouvelles se faisaient plus facilement au niveau de reliquats de processus inflammatoires anciens. Ils expliquent aussi les faits cliniques dans lesquels un choc sur la région précordiale a pu provoquer l'éclosion d'une endocardite aiguë. Certains cas sont la reproduction parfaite des expériences citées plus haut, tel celui de Biggs, cité par Dufour (1) où, quelques jours après une chute, éclata une

(1) Th. Paris, 1896-1897.

fièvre intense avec symptômes d'endocardite; à la nécropsie on trouva une déchirure d'une valvule aortique et, au niveau de cette déchirure, des lésions d'inflammation récente évidentes. Dans d'autres cas, où la guérison survient après un temps variable, l'étiologie semble aussi nette : le traumatisme ouvre la porte à l'infection; il est évident que, selon l'expression de FURBRINGER (1), il ne joue que le rôle de cause adjuvante, la cause efficiente étant le germe infectieux qui vient se fixer au niveau du point lésé. Tantôt l'origine de ce germe infectieux lui-même pourra être facilement déterminée: un foyer de suppuration en un point quelconque, une ulcération tuberculeuse du poumon, une uréthrite gonococcique en auront été le point de départ; tantôt, au contraire, le médecin devra renoncer à trouver la porte d'entrée du micro-organisme et la localisera hypothétiquement au niveau d'une ulcération méconnue et déjà cicatrisée, d'une amygdale, etc. Dans la plupart des cas, en raison de la gravité et de la rareté de la localisation à l'endocarde, il semble que le rôle important est dévolu au traumatisme, cause déterminante; le rôle de la porte d'entrée passe vraiment au second plan.

272. — Ces *endocardites aiguës* ne prêtent guère à discussion. La rapide succession des accidents éclaire suffisamment le praticien. C'est, en effet, quelques jours après l'accident qu'éclatent les symptômes de l'endocardite généralement maligne; le malade ne s'est pas encore relevé du lit où il était couché depuis le jour du traumatisme lorsqu'apparait la fièvre initiale. Puis le tableau clinique ordinaire se déroule et le résultat est ou la mort ou une lésion d'orifice : rétrécissement ou insuffisance, qui se localisera même à des orifices généralement épargnés : l'orifice pulmonaire par exemple. (2)

---

(1) Soc. méd. int. Berlin, 21 juin 1897.

(2) LANDOUARÉ. Th. Paris, 1899-00.

273. — Les *endocardites chroniques*, sans accidents aigus au début, succédant à un traumatisme, sont d'interprétation plus difficile. Dans beaucoup de cas qualifiés endocardites, ne s'agit-il pas de lésions orificielles cicatricielles plutôt que d'inflammations évoluant chroniquement sous l'influence de microbes à virulence atténuée? Il est cliniquement prouvé que, quelques mois après un traumatisme, des sujets, chez lesquels une observation soigneuse et suivie après l'accident, n'a rien décelé d'anormal, présentent peu à peu des signes de rétrécissement ou d'insuffisance d'un des orifices cardiaques, alors que rien dans leur histoire clinique ne peut expliquer la production de ces lésions sauf l'accident. (Heidenhain, Stern, Riedinger, Ritter, Litten). Sans avoir la rigueur d'une démonstration scientifique, ces faits sont susceptibles d'une explication plausible et il semble que, logiquement, on doive les admettre comme d'origine traumatique. Encore faut-il qu'ils remplissent cette condition, notée dans toutes les observations, que les signes d'auscultation soient apparus dans un temps très court après l'accident : deux à trois mois, quelquefois moins.

274. — Lorsque le médecin aura suivi le malade du jour même du traumatisme, qu'il aura pu constater l'intégrité cardiaque au moment de l'accident, qu'il aura vu pour ainsi dire se former sous ses yeux la lésion, son diagnostic n'hésitera guère. Il n'en sera pas de même s'il est appelé à conclure tardivement sur un malade inconnu. Il lui sera impossible dans ces cas d'affirmer le relation de cause à effet entre la lésion valvulaire observée et l'accident incriminé. Nombre d'individus sont porteurs, sans s'en douter, de lésions cardiaques, se traduisant à l'auscultation par des bruits anormaux; ces lésions ont pu ne causer pendant de longues périodes aucun trouble et se révéler subitement par une aggravation. Cependant, le fait pour l'ouvrier de se livrer sans peine à de *durs* travaux doit être considéré comme un certificat de bonne santé au point de vue cardiaque. Si l'ouvrier avoue des affections antérieures : rhumatisme, fièvre

typhoïde etc., ayant pu occasionner une lésion endocardique, si sa profession, ne nécessitant pas de grands efforts, a pu lui permettre de tolérer jusque là cette lésion sans inconvénients, la tâche de l'expert devient très difficile et, parfois, une conclusion ferme lui sera absolument interdite. Aussi, au risque même de nous répéter, ne saurions-nous trop insister sur l'importance de l'auscultation du cœur lors de l'établissement du premier certificat, quelque léger que puisse paraître le traumatisme.

275. — Nous ne pouvons quitter cette question des endocardites sans signaler la possibilité de *complications ultérieures* au niveau des lésions traumatiques *relativement* guéries. Nous avons vu que les lésions de l'endocarde appellent facilement des localisations infectieuses : un individu ayant présenté une insuffisance mitrale traumatique peut plus tard faire une endocardite maligne sous l'influence d'une infection n'ayant aucun rapport avec le traumatisme primitif. Nous n'avons relevé dans les auteurs, ni dans la jurisprudence aucune observation de ce genre, mais la possibilité en apparait évidente. Dans ces cas on peut considérer la lésion traumatique comme une des causes indirectes de l'endocardite nouvelle; si la complication apparait dans le délai de trois ans écrit dans la loi française, le patron semble devoir être tenu de réparer, dans une certaine mesure, l'aggravation du dommage causé à son ouvrier.

4° *Asystolie.*

276. — En dehors des cas où l'asystolie apparait comme la suite naturelle des cardiopathies post-traumatiques, on peut voir ce syndrome lié plus directement encore au travail de l'ouvrier.

Il est hors de doute qu'à la suite d'une besogne fatigante, d'une marche prolongée, on peut voir se produire des troubles cardiaques graves : dilatation rapide, baisse de la pression artérielle, pouls petit, misérable, avec arythmie

quelquefois, stase veineuse etc. Ce *cœur forcé* est dû en partie à l'action sur le myocarde des toxines produites par l'organisme surmené. Ces faits ne sont pas à proprement parler rapportables à un accident du travail.

277. — L'action de *l'effort* est plus controversé. Il existe certainement des faits où, à la suite d'un violent effort, on a vu se produire tous les signes d'une insuffisance du muscle cardiaque. Le malade de Jorns (1) en est un bel exemple : c'était un paysan de 22 ans, vigoureux, sans tares antérieures apparentes, qui, en maintenant un porc, fit un effort violent et ressentit une vive douleur pongitive dans la région cardiaque. Le médecin constata tous les signes d'une dilatation du cœur. La mort arriva 13 jours après l'accident. L'autopsie ne fut pas pratiquée.

Le défaut de cette observation est précisément dans le manque d'examen *post mortem*, qui ne permet pas d'affirmer la complète intégrité antérieure de l'appareil cardiaque. Il semble très douteux qu'un myocarde parfaitement sain puisse se laisser distendre immédiatement par un effort même violent. Dans les expertises, on devra donc rechercher toute altération, soit du muscle cardiaque lui-même, soit du système valvulaire, ayant pu faciliter la production de l'asystolie aiguë.

278. — On peut en dire autant de l'insuffisance cardiaque provoquée par une *émotion violente*. Le malade pourra, de bonne foi, faire remonter sa maladie de cœur au jour de l'accident qui aura été la cause de sa frayeur. Le malade de Merklen (2) avait ainsi des endocardites valvulaires d'origine rhumatismale, très anciennes, qu'aucun trouble de compensation n'avait jamais révélées. L'émotion cause sur le système circulatoire périphérique une action telle que le travail du cœur se trouve immédiatement très augmenté. Si un cœur

(1) Münch. med. Woch. 3 juin 1902 an. *in Bull. méd.* 1902 p. 565.
(2) *Sem. méd.* 1899, p. 241.

était déjà de par ses conditions pathologiques, juste au niveau de sa tâche, il devient insuffisant. Le dommage causé dans ces conditions à la victime d'un accident est considérable. La lésion cardiaque pouvait exister encore pendant de longues années sans causer de troubles graves, surtout si le travail de l'ouvrier n'exigeait qu'un minimum de force. Nous voyons des cardiaques arriver à un âge avancé sans accuser aucune gène de la circulation. Le traumatisme, en admettant même que la première crise d'asystolie guérisse, les fait passer à l'état d'infirmes. Selon l'expression de MERKLEN, il y avait lésion, il y a maintenant maladie.

279. — Tout autrement devrait être apprécié, selon nous, l'effet des *préoccupations morales* que peuvent entraîner un traumatisme et le procès qui en résulte. Ici, nous entrons trop dans le champ des hypothèses pour qu'un jugement puisse admettre l'aggravation ainsi provoquée d'une lésion cardiaque préexistante. Il est possible que les chagrins répétés puissent avoir une action funeste sur l'évolution d'une cardiopathie, c'est là une croyance populaire, mais elle ne paraît pas démontrée scientifiquement. La Cour d'appel de Nancy (29 janvier 1903), saisie d'une instance en révision par la veuve d'un ouvrier mort d'asystolie un an après l'ablation de l'œil droit, a refusé d'admettre le rapport causal entre l'accident et la mort :

« Attendu que la révision de l'indemnité n'est admissible, aux termes de l'article 19 de la loi de 1898, que quand l'atténuation ou l'aggravation d'infirmité du blessé ou son décès peut être attribué avec certitude aux conséquences directes de l'accident ; qu'il est constant que la maladie de cœur de L. n'a pas été la conséquence du traumatisme qu'il a subi ; d'autant plus qu'on doit admettre que cette maladie existait à l'état latent au moment où L. a été blessé ; que l'intimée prétend, il est vrai, établir, par une enquête, que la mort de son mari ou plutôt la maladie qui l'a amenée est due aux préoccupations d'avenir qui l'avaient affecté, ensuite de son infirmité ; que ce serait là une conséquence absolument indirecte et médiate, qui tiendrait bien plus à la nature et aux dispositions de L. qu'à l'accident dont il a été victime ; qu'il serait d'ailleurs impossible de prouver avec quelque certitude que ces préoccupations

d'avenir ont été assez vives pour engendrer la maladie, de caractère constitutionnel d'ailleurs, qui a causé sa mort :... »

5° *Troubles nerveux cardiaques.*

280. — En dehors des troubles nerveux du cœur en rapport avec les états psychiques post traumatiques, on peut voir des lésions des nerfs du cœur, en particulier du pneumogastrique se traduire par des changements de rythme : pouls lent et plus rarement tachycardie. On les a notés soit dans les traumatismes ayant intéressé la partie cervicale de la colonne vertébrale et causé ainsi la compression du bulbe, soit dans les blessures directes des troncs nerveux, soit encore dans la compression de ces troncs nerveux dans des cicatrices. Leur diagnostic ne présente pas de difficultés.

6° *Maladies des artères.*

281. — Les artères peuvent être blessées par de simples *contusions*; il peut y avoir troubles graves de la circulation à la suite de ces traumas qui intéressent généralement la tunique interne et la tunique moyenne. On a signalé l'arrêt de la circulation pouvant entraîner des gangrènes périphériques, des ramollissements cérébraux (Rivet) (1) etc., selon l'artère touchée. Ces troubles sont assez précoces pour ne pas présenter de difficultés d'interprétation.

Parfois aussi on assiste à la formation d'un *anévrysme* au point contusionné. L'histoire de ces anévrysmes est assez connue pour que nous n'insistions pas. Le point intéressant à déterminer pour le médecin expert sera la raison de la localisation de l'anévrysme? On devra toujours se demander si cette localisation n'est pas amenée par le travail quotidien plutôt que par un traumatisme unique. Ce sera surtout dans les expertises un peu éloignées du jour de l'accident que la question sera difficile à trancher.

---

(1) De la contusion des carotides. *Sem. méd.* 1898.

282. — Les *anévrysmes de l'aorte* méritent une mention particulière à cause de leur gravité. On a signalé quelques cas très nets, ordinairement à la suite d'un traumatisme violent ayant intéressé la région costo sternale, et ayant provoqué généralement des fractures osseuses. Dans un cas de Duflocq (1), le choc avait porté sur la nuque ; il y avait eu douleur violente immédiate, rétro sternale, et, dès le soir, l'anévrysme était perceptible.

La syphilis peut jouer un rôle important comme cause prédisposante. Dans un cas de Merklen et Pouliot (2), huit mois après une violente contusion du thorax on trouvait un anévrysme fusiforme de la crosse de l'aorte ; la constatation du signe d'Argyll Robertson fit penser à l'existence d'une syphilis ignorée, sans rejeter d'ailleurs l'influence du traumatisme.

L'histoire des anévrysmes à la suite de plaies pénétrantes ou par traumatisme artériel dans les luxations se trouve dans tous les traités de chirurgie. Elle ne présente pas d'intérêt quant à la discussion médico légale.

7° *Maladies des veines.*

283. — On a parlé de *varices* développées à la suite de traumatismes. Cette étiologie nous paraît tout à fait problématique et nous n'avons pu rencontrer dans la littérature un seul cas probant, quelle que soit la localisation citée (*hémorrhoïdes, varicocèle* etc). En revanche les *phlébites* sont extrêmement fréquentes à la suite de traumatisme et peuvent être la cause d'accidents graves. Prallet (3) a consacré une bonne revue générale aux plus importants de ces accidents : les *embolies*. La fréquence de ces embolies est bien connue à la suite des fractures, en particulier des fractures du membre

---

(1) Soc. méd. hopit. 5 mai 1902.

(2) Soc. méd. hopit. 25 mars 1904.

(3) Des embolies veineuses dans les traumatismes. Th. Lyon, 1897-98.

inférieur. Les travaux de DURODIÉ, de VERNEUIL, ont montré la constance de l'inflammation des veines tibiales et péronières dans les fractures, alors même qu'il n'y a pas plaie. Peut-être, mais la chose n'est pas prouvée, les varices entrent-elles pour une part dans l'étiologie de ces phlébites. Beaucoup moins fréquemment que les fractures, mais cependant dans une proportion déjà notable, (13 fois sur 40 cas), les entorses, les luxations, les simples contusions, peuvent être l'origine des phlébites. Ces altérations veineuses peuvent être seulement la cause d'œdème et d'impotence du membre blessé, qui retardent la reprise du travail, sans qu'il y ait doute sur l'origine de l'affection. Mais le diagnostic sera beaucoup plus épineux si la phlébite est localisée à une petite étendue et se dévoile pour la première fois par une embolie. Ces faits sont d'une fréquence relative, La date de production de l'embolie est généralement dans les huit premiers jours lorsque la cause est une simple contusion; s'il s'agit d'une fracture, le troisième septénaire est l'époque où l'accident est le plus fréquent. On a, dans quelques cas discutés, signalé des dates plus éloignées.

L'embolie se produit sans cause déterminante apparente; parfois un mouvement brusque a mobilisé un caillot sanguin; on comprend combien l'agitation du *delirium tremens* est dangereuse à ce point de vue.

L'arrêt de l'embolie se fait surtout dans le poumon et provoque souvent la mort subite; mais il peut se produire dans le cœur droit, dans le foie, dans le rein, ces deux dernières localisations étant moins dangereuses que les premières.

284. — Les cas de mort subite sont ceux qui donnent le plus fréquemment lieu à expertise. Pour apporter la preuve de la relation de cause à effet entre l'accident et la mort, il faudra, à l'autopsie, trouver l'embolie viscérale et la phlébite périphérique, point de départ du caillot sanguin. De plus, on devra examiner avec soin les autres organes pour éliminer toute possibilité d'une embolie formée en un autre point de l'appareil circulatoire : toute cardiopathie ancienne sera

notée, les environs de tout foyer inflammatoire seront examinés avec soin. Parfois d'ailleurs il y aura certitude absolue par rapprochement des caillots viscéral et périphérique.

8° *Leucémie.*

285. — Les cas de leucémie relevés à la suite du traumatisme sont fort rares; et, parmi eux, bien plus rares encore sont ceux où la démonstration du rôle du traumatisme a quelque apparence de vraisemblance. Aussi, certains auteurs, STERN en particulier, considèrent-ils comme fort douteuse l'origine traumatique de cette maladie.

Il est absolument certain que, dans bon nombre de faits relatés par divers auteurs, la maladie préexistait à l'accident. Il s'est passé ici ce que maintes fois nous pouvons relever : à la suite d'un traumatisme le blessé s'observe plus attentivement et finit par découvrir un léger symptôme qui jusque là avait échappé à un examen moins soigneux. Le cas d'HERMANN, cité par STERN et par BECKER, où, dès le soir même, le blessé remarqua la présence d'une petite tumeur dans l'aine, rentre évidemment dans cette catégorie.

Malgré cette absence de preuves, la rencontre de quelques faits, où, à la suite de circonstances presque identiques, on vit se développer une leucémie, permet de croire tout au moins à la possibilité de l'influence du traumatisme.

286. — Il s'agit presque toujours d'un choc assez violent, ou d'une pression sur le flanc gauche, dans la *région de la rate*, explicitement désignée plusieurs fois par les observateurs. Généralement le malade ne se remet pas des suites de son accident; la faiblesse reste grande et, au bout d'un temps variable, mais ne dépassant guère quelques semaines dans les faits caractéristiques, on observe une hypertrophie des ganglions lymphatiques ainsi que de la rate. Puis se déroule la leucémie avec tout son cortège de symptômes et un examen du sang peut assurer le diagnostic.

On a pu incriminer encore des traumatismes portant sur n'importe quelle partie du corps. Sans nous attacher aux observations de la thèse de Chapelle (1), relatives à des leucémies développées à la suite d'ablations des amygdales, observations qui n'ont qu'un rapport bien lointain avec notre sujet, nous citerons les cas de leucémie rattachés à des blessures des extrémités inférieures, à des amputations de jambes, à des *écrasements osseux*. Il faudrait en rapprocher le fait de Jacusiel, (2) où un choc violent de l'épaule aurait été le point de départ d'une lymphadénie localisée tout d'abord au siège du traumatisme,

Dans un travail récent (3), Stempel propose de ranger les cas de leucémie traumatique en quatre catégories : 1° cas succédant à un traumatisme de la rate ou de la région splénique ; 2° cas succédant à une commotion générale ; 3° cas succédant à un traumatisme osseux ; 4° cas succédant à une hémorrhagie abondante. Il cite un fait personnel rentrant dans cette dernière classe, mais Stern fait très justement remarquer que, souvent, une hémorrhagie très abondante est déjà l'indice d'une altération du sang.

Les autopsies sont, on le comprend, fort rares. On a trouvé (Pinfick) des altérations de la rate semblant relever de l'action du traumatisme.

287. — Le *pronostic* semble peut-être moins absolument mauvais que dans les cas d'étiologie banale ; le dénouement fatal parait tout au moins un peu reculé et, sous l'influence d'un traitement approprié, on a vu de véritables améliorations.

288. — L'expertise de pareils faits est des plus délicates. Le médecin doit savoir avouer son ignorance : nous ne connaissons rien de la vraie nature, de la pathogénie exacte de la

(1) Th. Paris, 1880.
(2) Soc. Méd. Berlin, 24 février 1897.
(3) Monatsch. f. Unfallheilk, 1903.

leucémie, mais il ne nous est pas permis d'affirmer l'impossibilité de rapport causal entre l'accident et la maladie. Lorsque l'état de santé du malade était parfait avant l'accident, on pourra dire que la vraisemblance est en faveur de cette relation de cause à effet, si les syptômes ont débuté dans un temps suffisamment rapproché, sans avoir été constitués dès les premières heures. Il en sera surtout ainsi si le traumatisme a porté sur la région splénique. Dans les autres cas, le médecin expert devra se borner à énoncer l'impossibilité d'une affirmation en un sens quelconque.

CHAPITRE VII

Maladies de l'appareil digestif et de ses annexes.

I

Maladies de l'estomac et de l'oesophage.

a) *Ulcère de l'estomac* : Etiologie des traumatismes de l'estomac. — Conditions favorables. — Cas confondus à tort sous la dénomination d'ulcère de l'estomac. — Influence de l'état du suc gastrique. — Expertise. — Ulcérations stomacales à la suite de brûlures, à la suite de lésions des centres nerveux.
b) *Ulcère de l'œsophage.*
c) *Sténose du pylore; dilatation de l'estomac* : Pathogénie de la sténose phylorique. — Dilatation aiguë de l'estomac.
d) *Troubles fonctionnels de l'estomac*; *névroses de l'estomac.*

a) *Ulcère de l'estomac.*

289. — La position relativement profonde de l'estomac, et surtout sa mobilité pourraient faire penser *a priori* que les lésions par contusion de cet organe ne peuvent se produire. Expérimentalement, Luigi Vanni a pu chez le lapin provoquer par un choc violent de la région épigastrique des déchirures des tuniques muqueuses et sous-muqueuses n'intéressant pas la séreuse et la musculeuse.

En dehors des plaies pénétrantes de l'estomac avec effraction des parois abdominales, qui ne rentrent pas dans notre cadre, on trouve, dans la littérature médicale, un certain nombre de faits où, cliniquement et anatomiquement parfois,

on a pu établir l'existence d'une lésion stomacale à la suite d'un traumatisme.

Ce traumatisme a consisté soit en un choc direct : coup de pied de cheval, coup de bâton, coup de poing, etc., soit en une pression prolongée, la victime se trouvant prise sous la roue d'une voiture par exemple. En dehors de ces causes directes, les tuniques de l'estomac peuvent être lésées par causes indirectes ; quoique la chose ait été niée par certains auteurs, il existe des faits suffisamment probants à cet égard ; tel le cas du blessé de THIÉRY (1), qui, tombé d'un troisième étage sur ses ischions, mourut quelques heures après, et chez lequel l'autopsie dévoila une déchirure de la face antérieure de l'estomac intéressant toutes les tuniques,

Certaines circonstances peuvent favoriser la lésion de l'estomac ; il en est ainsi en particulier de la présence d'aliments dans le viscère, de sa distension par des gaz. Les expériences citées plus haut de LUIGI VANNI sont très démonstratives à ce point de vue. La moins grande mobilité des parois stomacales, la résistance opposée par le contenu de l'estomac, rendent suffisamment compte de ces faits et expliquent aussi comment la muqueuse peut être intéressée à l'exclusion des autres tuniques. Il est fort probable aussi, et tous ceux qui ont traité la question insistent sur ce point, que l'état pathologique antérieur peut exercer une influence. Une gastrite ancienne peut avoir suffisamment altéré la vitalité des parois stomacales pour leur enlever une grande partie de leur résistance. A *fortiori*, il peut en être de même d'un ulcère à peine guéri, d'un cancer en voie d'évolution.

Le siège de la contusion est variable. Par ordre de fréquence on peut citer la petite courbure, la partie la plus fixe de l'organe, puis la face antérieure, la grande courbure, la face postérieure.

290. — L'histoire des individus atteints d'une contusion de l'estomac pourra se dérouler de trois façons différentes :

(1) Soc. anat. Paris, 1889.

ou bien la mort arrivera rapidement soit par shock, soit par une hémorrhagie à laquelle on n'aura pu remédier, ou bien la lésion évoluera très vite vers la guérison, ou, au contraire, on assistera au tableau classique de l'ulcère de l'estomac.

Les premiers cas ne prêtent guère à la discussion. Le médecin appelé à faire une autopsie, si la cause de la mort était douteuse, devra se rappeler que des ulcérations de l'estomac peuvent se produire *post mortem* (Vibert, cité par Pinatel) (1). Le fait doit être d'ailleurs infiniment rare.

Il sera parfois difficile de se prononcer si l'autopsie fait découvrir un ulcère dont la date ancienne sera prouvée et par l'aspect de la lésion et par l'histoire antérieure de la victime. Le médecin expert aura à dire si l'hémorrhagie a été provoquée par le choc ou si elle est uniquement causée par l'évolution naturelle de la maladie. S'il y a eu seulement effort, on devra, comme dans tous les cas similaires, tenir compte de la nature du travail, pour décider si l'effort produit peut être considéré comme extraordinaire, comme dépassant les forces utilisées habituellement par l'ouvrier dans l'accomplissement de sa tâche. Dans ces cas, la lésion mortelle sera la résultante de deux causes : la fragilité particulière des vaisseaux, l'effort ayant provoqué l'élévation de la pression sanguine locale.

La seconde et la troisième classes de faits ont été souvent confondues à tort sous la même dénomination. Après un traumatisme violent ayant porté sur le creux épigastrique, ayant déterminé une douleur syncopale, on voit le plus souvent un vomissement de sang ; cette hématémèse peut se reproduire, peut parfois être tardive, ce qui s'explique facilement par la chute d'une escarre. Puis, rapidement, au bout de quelques semaines, tout rentre dans l'ordre, le blessé peut s'alimenter sans douleur et il ne reste plus trace de la lésion viscérale. Rien n'autorise à penser qu'on s'est trouvé en présence d'un ulcère de l'estomac rapidement guéri ; tout ce que nous savons de l'ulcère vrai, nous porte au contraire

(1) Th. Paris, 1900-01.

à en douter, ainsi que le dit STERN dans sa très complète étude sur les maladies traumatiques de l'estomac.

291. — Mais l'évolution pourra n'être pas aussi simple. Après la violente douleur du début, douleur persistant pendant plusieurs jours, bien localisée, correspondant à l'altération des parois stomacales, après l'hématémèse du début ou des premiers jours, le blessé ne se rétablira pas. Il continuera à souffrir après l'ingestion des aliments et cette douleur aura le caractère classique signalé dans l'ulcère simple; les hématémèses pourront se répéter à intervalles plus ou moins éloignés. On s'explique facilement que la muqueuse altérée par le traumatisme peut ne plus avoir ses moyens de défense ordinaire contre le suc gastrique et se laisser entamer par elle. On a pu expérimentalement (DECKER, RITTER, VANNI) reproduire des ulcérations par traumatisme de la muqueuse. Cependant la lésion ainsi obtenue a toujours guéri avec rapidité ce qui n'est pas le fait de la maladie de CRUVEILHIER. S'agit-il d'un ulcère rond typique, ou, au contraire, n'y a-t-il qu'une ulcération atypique, qu'une « érosion hémorrhagique, avec gastrite » (STERN) ? La chose est de peu d'importance, puisque, cliniquement, les symptômes sont les mêmes. On pourrait croire que l'hyperacidité du suc gastrique joue un certain rôle dans l'évolution de ces accidents. Il n'en est rien et STERN a même trouvé, dans deux cas graves, de l'hypoacidité. Les symptômes pourront persister plus ou moins longtemps. Trois ans après le début, STERN les retrouvait encore chez ses malades; quatre ans après l'accident, le malade de GALLARD (cité dans la thèse de DEROUET) (1) n'était pas encore guéri.

292. — Le médecin chargé de l'expertise devra d'abord, autant qu'il lui sera possible, établir l'existence ou l'absence de troubles stomacaux avant l'accident; il se basera, pour établir la relation de cause à effet, sur la violence du trauma-

(1) Th. Paris, 1879.

tisme, sur l'apparition de l'hématémèse qui devra, au plus tard, s'être produite dans les jours qui ont suivi l'accident, sur la continuité des douleurs depuis le jour du traumatisme. En ce qui regarde l'hématémèse, il devra se rappeler que la simulation est possible. Strumpell en a observé un cas très net (cité par Stern). En dehors de l'examen des vomissements sanglants, l'état du malade sera déjà une précieuse indication. Il est bien rare qu'un individu atteint d'ulcère chronique ne soit pas amaigri et anémié par les hémorrhagies répétées. Enfin la question du pronostic doit être réservée; si l'ulcère évolue souvent vers la guérison, il peut aussi se terminer par une sténose cicatricielle du pylore, par une fistule gastro-cutanée, par une perforation amenant une péritonite mortelle.

293. — A côté de l'ulcère de l'estomac amené par le traumatisme direct, il faudra ranger les ulcérations bien connues qui se produisent *à la suite de brûlures cutanées* étendues, soit sur la muqueuse duodénale, soit sur la muqueuse de l'estomac. Ainsi que le fait remarquer Stern, elles sont d'un intérêt plutôt théorique que pratique.

294. — Nous en dirons autant des lésions de l'estomac qui peuvent se produire *à la suite de lésions des centres nerveux*. Expérimentalement on a pu, chez les animaux, provoquer soit des hématémèses, soit des ulcérations véritables, par lésions des pédoncules cérébraux, ou du bulbe (Schiff). Théoriquement, le fait est donc possible et l'on peut rapprocher ces lésions des troubles trophiques observés dans les mêmes conditions sur les poumons : pratiquement, nous n'avons rencontré aucun fait de ce genre chez l'homme.

b) *Ulcère de l'œsophage.*

295. — Nous n'avons pas trouvé relatés d'ulcères de l'œsophage à la suite de traumatisme. Cependant on doit admettre la possibilité de ces faits. Dans un cas de chute de

cheval, où le sujet a succombé aux suites d'une fracture du crâne, on a constaté à l'autopsie une déchirure longue de 4 cm. à la paroi antérieure de l'œsophage (1). Un traumatisme pourrait donc, à la rigueur, entraîner une altération de la muqueuse œsophagienne.

c) *Sténose du pylore*; *Dilatation de l'estomac.*

296. — La sténose du pylore peut, après un accident, apparaître : soit comme le résultat d'une rétraction cicatricielle des tuniques de l'estomac, soit comme la suite d'une compression extérieure de cet organe.

Dans le premier cas, on peut d'abord assister à l'évolution clinique d'une ulcération traumatique de l'estomac, et la sténose n'apparaît que comme la terminaison de cette affection Mais, parfois, les symptômes de l'ulcération stomacale peuvent faire défaut et Stern en cite plusieurs cas typiques empruntés à divers auteurs. On peut les expliquer, d'après lui, par un trouble apporté à la circulation, trouble qui provoque une nécrose partielle des parois viscérales suivie de rétraction cicatricielle. Dans presque tous les cas le patient a accusé une violente douleur au moment de l'accident; le trauma a toujours porté sur la région épigastrique. Les symptômes de sténose : vomissements, dilatation, douleur, ont paru au bout d'un temps variable, de quinze jours à un mois après l'accident. Il a pu se produire des rémissions, mais la guérison ne s'est déclarée qu'après l'opération. Celle-ci a montré constamment des lésions anatomiques consistant en cicatrices produisant une sténose plus ou moins serrée. En somme, le pronostic de cette affection est sombre puisqu'elle ne peut évoluer naturellement vers la guérison.

297. — Les sténoses du pylore produites par une compression extérieure peuvent être le résultat d'une périgastrite et nous aurons à y revenir à propos des péritonites partielles

(1) Lancet, 13 sept. 1903.

traumatiques; elles peuvent aussi être causées par une hémorrhagie comme dans le cas de GATZKY (1) où l'autopsie montra un hématome rétropéritonéal comprimant totalement le duodénum.

298. — En dehors des dilatations stomacales évoluant chroniquement sous l'influence de sténoses du pylore, on peut observer des *dilatations aiguës* de cet organe à la suite d'un choc ordinairement violent, le plus souvent affectant la région épigastrique, mais pouvant aussi frapper un autre point du corps, par exemple la tête (ROSENHEIM). Cette dilatation aiguë dont on a cité un certain nombre de cas a été observée aussi à la suite d'opérations chirurgicales; elle est due évidemment à une paralysie réflexe des tuniques de l'estomac; elle peut causer des troubles très pénibles, mais passagers.

Il est probable que beaucoup de faits de ce genre se produisent chez des individus prédisposés par leur tempérament névropathique. De fait, on a noté des stigmates très nets d'hystérie dans plusieurs de ces cas qui sont ainsi à rapprocher des suivants.

d) *Troubles fonctionnels de l'estomac; névroses de l'estomac.*

299. — A la suite de coups dans la région épigastrique on a noté chez certains sujets, soit des douleurs violentes, de véritables crises gastriques, provoquées par l'ingestion des aliments, ou spontanées, sans qu'il y ait jamais de vomissements de sang, soit le syndrome de l'hypersthénie gastrique, soit du mérycisme. Ces troubles devront être considérés comme d'origine psychique. Ainsi que nous le verrons à l'occasion des névroses traumatiques, les localisations de l'hystérie sont souvent déterminées par la localisation du traumatisme lui-même. Il n'y a donc rien d'étonnant, si celui-ci a frappé la région épigastrique, que les troubles

(1) Deut. Zeit. f. Chir. 6 juill 1902, rapporté *in Bull. inter. méd. exp.* 1903 n° 4.

accusés par le blessé affectent surtout l'estomac. En réalité, il n'y a pas là une affection de l'estomac à proprement parler mais bien plutôt une hystérie traumatique à symptômes stomacaux mieux à sa place parmi les névroses traumatiques que parmi les maladies de l'estomac.

Ouvrages a consulter : Stern. — Thiem. — Dumeny. *L'ulcère traumatique de l'estomac.* Th. Paris, 1902-03. — Robert. *Considérations sur les contusions de l'estomac.* Th. Lyon, 1882.

II

Maladies de l'intestin.

Conditions anatomiques de l'intestin. — Gravité ordinaire des lésions. — Entérite phlegmoneuse.— Hémorrhagies intestinales sans lésions de la muqueuse.
a) *Ulcère du duodénum* : Etiologie des lésions du duodénum. — Rupture dans l'effort. — Ulcérations à la suite de brûlures cutanées.
b) *Occlusion intestinale* : 1° Occlusion aiguë. — Etiologie et mécanisme. — Iléus paralytique : origine centrale ou périphérique. — Invagination. — Volvulus. — Expertise dans les cas d'occlusion intestinale. — 2° Occlusion chronique. — Sténoses de l'intestin. — Histoire clinique. — Pathogénie.
c) *Appendicite* : Statistique. — Etiologie. — Début, marche, pronostic. — Recherches expérimentales et discussion. — Dommage causé par le traumatisme. — Expertise.

300. — La grande mobilité de l'intestin lui permet de fuir sous le choc de façon à éviter le traumatisme avec une fréquence relativement assez grande. C'est ainsi que dans la statistique de Briant, citée par Mortreuil (1), sur 71 cas, 44 avaient guéri rapidement sans autres symptômes que le *shock* initial et la douleur. Par ailleurs, les suites presque immédiates des traumatismes sur l'abdomen sont assez

(1) Th. Paris, 1882-83.

graves le plus souvent : ruptures viscérales, péritonites, pour que les maladies post-traumatiques proprement dites de l'intestin soient relativement rares

Nous laisserons de côté l'*entérite phlegmoneuse* qui peut succéder à une rupture incomplète des parois intestinales, et qui s'explique facilement par la multiplicité des germes infectieux au niveau de l'intestin. Rare d'ailleurs, cette affection n'offre pas de difficulté de diagnostic.

301. — Sans qu'il y ait infection, il peut y avoir des éraillures de la muqueuse, des ruptures de rameaux artériels ou veineux plus ou moins importants donnant lieu à des hémorrhagies, à du mélœna se montrant soit précocement, soit tardivement à la chute d'une escarre.

En dehors des traumatismes directs, ces *hémorrhagies intestinales* peuvent, théoriquement tout au moins, se montrer à la suite d'un traumatisme n'ayant pas produit de lésions de la muqueuse, par l'intermédiaire du système nerveux et l'on peut ranger dans cette catégorie, les hémorrhagies observées à la suite d'un coup de chaleur (Herford) (1).

302. — Si nous négligeons ces faits relativement rares, en dehors de la péritonite aiguë ou subaiguë qui a pour étiologie des lésions intestinales que nous étudierons plus loin, le traumatisme détermine surtout le syndrome *occlusion intestinale* aiguë ou chronique. Nous réserverons de plus une place spéciale à l'ulcère du duodénum qui constitue vraiment une entité particulière parmi les ulcérations de l'intestin et à l'appendicite à cause de son importance.

a) *Ulcère du duodénum.*

303. — Le duodénum peut, comme l'estomac, être le siège d'ulcérations traumatiques. Quoique la profondeur de cet organe semble le rendre peu accessible aux traumatismes, sa

(1) *Soc. méd. int.* Berlin, 5 nov. 1900.

fixité, sa situation en avant de la colonne vertébrale qui servira de plan résistant, explique suffisamment, d'après JEANNEL, comment il peut être facilement lésé (1). C'est généralement à la suite d'un choc direct assez violent : coup de pied de cheval, compression entre deux wagons, etc. qu'on a pu observer ces lésions duodénales : mais on a noté aussi l'effort comme une cause étiologique.

Dans un cas de PAULY (2), cité par GALLEZ (trad. de l'ouvrage de BECKER), huit semaines après un effort assez violent, le patient succombait à une péritonite aigüe, et à l'autopsie on trouvait un ulcère perforant de la première partie du duodénum. Ici, comme à propos de l'ulcère de l'estomac, il semble qu'il y ait à faire des réserves sur la préexistence d'une lésion des tuniques intestinales, peut-être même d'un ulcère ; l'effort ne jouerait que le rôle de cause accessoire. Dans tous les cas, pour admettre la relation de cause à effet, outre la non existence de l'affection avant l'accident, il faut prouver l'apparition des symptômes douloureux immédiatement après le traumatisme et leur continuité depuis cette époque.

Nous ne ferons que signaler, comme nous l'avons fait pour l'estomac, la possibilité d'ulcérations du duodénum après des brûlures superficielles.

b) *Occlusion intestinale.*

304. — Le syndrome occlusion intestinale observé à la suite de traumatismes est causé par des lésions anatomo pathologiques très différentes.

1° *Occlusion intestinale aiguë :*

Le caractère de l'occlusion intestinale aiguë est de se montrer immédiatement ou très rapidement après un traumatisme ayant porté sur la région abdominale. Ce traumatisme a toujours été d'une certaine importance : coup de pied de cheval, chute lourde, mais n'a pas toujours laissé de traces sur les

(1) Archiv. prov. chir. 1899.

(2) Aertz. Sachverst. Zeit. 1898.

parois abdominales elles-mêmes. On a pu aussi observer seulement un effort, ou un saut d'une certaine hauteur comme cause de l'occlusion. Ces derniers cas semblent devoir être rangés dans la catégorie des occlusions par invagination, et, pour les expliquer, on doit problablement admettre une disposition anatomique spéciale : laxité particulière du mésentère, ou même une affection préexistante et en particulier une tumeur maligne ou bénigne.

Le mécanisme le plus simple de l'occlusion intestinale est certainement celui qu'on désigne sous le nom *d'iléus paralytique.* Sans nous étendre sur la pathogénie assez complexe nous dirons que l'*iléus* consiste en un arrêt des mouvements péristaltiques dans une partie plus ou moins étendue de l'intestin. La réalité de ces faits est prouvée par des opérations qui ont démontré l'absence de péritonite et de tout obstacle siégeant en un point quelconque de l'intestin. Il faut incriminer une action nerveuse qui peut être d'origine centrale ou périphérique : l'*iléus* a été observé en effet, à la suite de traumatismes médullaires, de contusions testiculaires... Lorsque, comme c'est le cas le plus fréquent, le traumatisme causal porte sur l'abdomen on peut admettre que les plexus nerveux présidant aux mouvements intestinaux sont touchés dans leur fonctionnement. La péritonite peut succéder d'ailleurs à l'*iléus* paralytique, le trouble nerveux dont celui-ci est l'expression facilitant le passage des micro organismes à travers les tuniques intestinales. La caractéristique des faits d'*iléus* est l'apparition des symptômes d'occlusion intestinale immédiatement après l'accident. Dans toutes les observations, on voit que, le jour même du traumatisme, le plus ordinairement, les vomissements ont commencé à apparaître. La terminaison est souvent fatale ; parfois, cependant, un traitement bien conduit et, en particulier, le lavement électrique, a pu amener la guérison.

305. — *L'invagination intestinale* serait, d'après Leichtenstein, d'origine traumatique dans un douzième des cas. Elle consiste, on le sait, dans le glissement d'une partie

de l'intestin dans la partie qui lui fait immédiatement suite. On l'a observée dans des cas où le traumatisme était nettement en cause et les symptômes d'occlusion intestinale se sont montrés sitôt après l'accident. Mais, dans certains cas, où l'on a fait jouer au traumatisme un rôle étiologique, son action semble plus douteuse, car les premiers symptômes ont apparu seulement après plusieurs semaines, par exemple dans le cas de POLAND, signalé par MUGNIER (1) dans sa thèse. Le diagnostic de cette forme ne peut guère être fait, sauf s'il y a eu expulsion par l'anus d'une partie plus ou moins grande de muqueuse intestinale nécrosée. On peut voir alors la guérison se produire.

306. — Le *volvulus* a été signalé comme pouvant se produire à la suite d'un traumatisme. Mais STERN dit n'avoir jamais rencontré d'observations où cette étiologie était bien nettement établie. Il semble, en tout cas, qu'il faudrait une prédisposition anatomique pour permettre à cette forme particulière de s'établir.

307. — La difficulté la plus grande, dans toutes les *expertises* concernant l'occlusion intestinale aiguë, est d'affirmer avec certitude la relation causale entre les phénomènes observés et l'accident. En effet, les accidents d'occlusion éclatent la plupart du temps brusquement, sans aucun signe prémonitoire. Il est donc malaisé de déterminer s'ils ne se seraient pas produits en dehors de tout traumatisme. Ce que nous avons rapidement exposé montre sur quelles bases le médecin devra étayer son jugement. On devra établir qu'il y a eu choc d'une certaine violence sur la région du ventre (nous laisserons de côté les cas rares de traumatisme médullaire, ou les occlusions par paralysie réflexe); si les signes d'occlusion intestinale ont succédé immédiatement, on

---

(1) Des lésions tardives de l'intestin consécutives au traumatisme de l'abdomen sans trace apparente de lésions sur les parois abdominales. Th. Paris, 1882.

devra les admettre comme causés par le traumatisme. Si, au contraire, il s'est écoulé un certain temps entre la contusion abdominale et l'apparition des phémonènes morbides, ou s'il y a eu accalmie complète après les premières heures, la relation de cause à effet ne pourra être affirmée et devra même être tenue pour douteuse. S'il y a eu opération on pourra rencontrer la véritable cause de l'obstacle : bride ancienne, hernie rétro-péritonéale etc., etc. Dans les cas de mort, l'autopsie devra toujours être demandée.

2° *Occlusion intestinale chronique :*

308. — Le mot de chronique ne convient pas tout à fait pour désigner les occlusions intestinales que nous rangeons dans ce second groupe car plusieurs évoluent souvent d'une façon plutôt subaiguë. Elles peuvent être la conséquence de compressions soit par reliquats d'une péritonite ancienne, ainsi que nous le verrons à propos des maladies du péritoine, soit par lésions inflammatoires ou autres, d'un organe voisin ; mais les cas dont nous avons plus spécialement à nous occuper ici sont ceux où une *sténose de l'intestin* succède à un traumatisme. Le nombre est encore peu considérable des faits qui ont été étudiés avec soin. Cependant, la possibilité de l'origine traumatique ne paraît pas niable.

309. — *L'histoire clinique* est à peu près toujours la même : au début, après un trauma assez intense, il y a de violentes douleurs pendant plusieurs jours, puis tout se calme plus ou moins. Après un temps variable, on voit à nouveau les douleurs reparaître sous la forme de fortes coliques ; il y a parfois des vomissements, constipation plus ou moins opiniâtre. L'état général est mauvais, il y a de l'amaigrissement. Les signes d'occlusion intestinale s'affirment de plus en plus et la mort arrive assez rapidement. A l'autopsie, ou à l'opération, si on la pratique, on trouve un rétrécissement fibreux généralement assez serré puisque, dans certains cas, il ne pouvait admettre le passsage d'une sonde de trousse, et, au-dessus, un intestin très dilaté, formant poche. Le

processus s'explique facilement : le traumatisme a déterminé des lésions inflammatoires qui ont évolué lentement et le tissu fibreux a remplacé peu à peu le tissu sain. Il est encore difficile de dire dans quel délai on peut affirmer que les sténoses intestinales sont le résultat d'un traumatisme : dans les cas relatés on a toujours observé le début des accidents graves dans les quelques mois qui ont suivi : *4 mois semble le terme au-delà duquel l'origine traumatique est au moins douteuse.*

c) *Appendicite.*

310. — Les cas où l'évolution d'une appendicite a succédé à un traumatisme ne semblent pas très fréquents. Dans deux statistiques publiées récemment (Chapon (1), Dubarry (2)) et portant l'une, sur 62 cas, l'autre, sur 52, nous ne notons qu'une seule fois l'existence d'un traumatisme quelconque. Stern cite la statistique de Borchardt qui relève 3 fois l'origine traumatique sur 150 cas, et celle de l'armée prussienne (années 1892-94) où, sur 533 appendicites, 13 fois on put incriminer une contusion de l'abdomen et 17 fois une commotion résultant d'un saut, d'un effort, etc. Ce serait une proportion d'environ 6 0/0 où une action mécanique pourrait être en cause. Il ne semble pas que ce soit parmi les chirurgiens l'opinion commune sur l'étiologie des accidents appendiculaires.

311. — L'*histoire clinique* des malades observés se résume ainsi : après un choc généralement violent sur le ventre, le patient ressent une vive douleur et, dès les premières heures, les symptômes de péritonite apparaissent. Étudions de plus près ces différents points.

Le *traumatisme* a le plus souvent consisté en un coup de pied de cheval, parfois, chez les enfants, coup de pied d'un

(1) Th. Paris, 1900-01.
(2) Th. Paris, 1900-01.

de leurs petits compagnons. Ce peut être un choc occasionné par une chute contre une rampe, un guidon de bicyclette, etc. En tout cas, le choc a toujours été d'une assez grande violence. Le siège exact du traumatisme n'est pas toujours la fosse iliaque droite; il a souvent été mal déterminé ou n'est pas noté dans l'observation. Quelquefois, comme dans les cas de Delorme (1), il est nettement éloigné de la région appendiculaire. Le premier symptôme noté est toujours une douleur violente et très souvent syncopale. Très rapidement on perçoit des signes de réaction péritonéale : fièvre, constipation, vomissements, face grippée, etc. Dans le cas de M[elle] Gordon, où il s'agit d'un enfant de 8 ans, dès le soir même il y a des signes d'appendicite grave; dans ceux de Delorme, de Latty (2), de Stern, de Beck, de Uhl, dans les deux cas de Epstein (ces quatres derniers cités par Stern) c'est le lendemain que le diagnostic devient non douteux. On peut donc dire que *c'est au plus tard dans les 48 premières heures que l'appendicite traumatique s'affirme.*

Il n'y a rien de particulier à signaler ni dans la *marche* ni dans le *pronostic* de cette forme d'appendicite. Elle évolue comme si elle était d'origine spontanée et se termine tantôt par la mort, tantôt par la guérison plus ou moins complète. Cependant les cas d'évolution suraiguë se terminant par la mort rapide apparaissent particulièrement fréquents.

312. — *A priori*, les expériences sur la pathogénie de l'appendicite plaideraient en faveur de l'admission du traumatisme au rang des causes de cette affection. Baussenat (3) n'a-t-il pas, dans sa thèse, démontré la possibilité de produire des inflammations de l'appendice en traumatisant cet intestin? Mais, si l'on examine de plus près les conditions dans lesquelles s'est placé l'auteur on voit qu'il a lésé l'appendice

---

(1) *Soc. Chir.* 24 juin 1896.

(2) Th. de Dubarry.

(3) Appendicites expérimentales. Pathogénie de l'appendicite. Th. Paris, 1896-97.

en le mettant à nu et le prenant directement entre les doigts. Ce sont là des circonstances qui s'éloignent trop de la réalité pour qu'on puisse en tirer des conclusions bien fermes.

En réalité, la situation de l'appendice, son petit volume, sa mobilité le plus souvent assez grande, doivent le préserver de l'influence d'un traumatisme. Autant le gros intestin, le cæcum, en particulier, par sa fixité relative, semble être exposé aux lésions provenant d'un choc, autant il est vraisemblable que l'appendice doit fuir sous la pression transmise et ne pas se laisser blesser. Dans certains cas, d'ailleurs, comme dans celui de DELORME, il est manifeste qu'il n'a pu être atteint : le choc a porté sur un point de l'abdomen distant de la fosse iliaque droite.

Les constatations faites au cours des opérations pour appendicites post-traumatiques ou à l'autopsie de sujets morts sans opération viennent expliquer la vraie genèse des faits observés. On rencontre constamment un appendice présentant des lésions anciennes, soit qu'il y ait des adhérences, indice d'une inflammation antérieure, venant fixer l'appendice et le rendre ainsi plus traumatisable, soit que l'on trouve dans l'intérieur de l'appendice des calculs, soit même que l'on observe en même temps adhérences et calculs. NEUMANN (1) insiste particulièrement sur la présence des calculs. C'est aussi l'opinion de SONNENBURG (2), d'ERDHEIM (3). STERN ne croit pas davantage qu'on puisse admettre la possibilité d'une appendicite provoquée dans un organe sain par un traumatisme. Cependant BRUN (4) cite deux jeunes enfants opérés par lui, sur lesquels il rencontra l'appendice coupé en deux à la suite d'un traumatisme. Il est muet sur l'état antérieur de l'organe. En tout cas, nous n'avons trouvé nulle part l'intégrité de l'appendice notée chez des adultes. dans les cas analogues. Où l'influence de l'état antérieur des parois

---

(1) Arch. f. klin. Chir. LXII. 2.

(2) Deut. klin. Wochen., 1901.

(3) Wien. med. Presse, 1902.

(4) Trait. des malad. de l'enfance de GRANCHER.

appendiculaires apparaît nettement, c'est dans les faits comme celui de Delorme où le coup a porté sur la région ombilicale. On trouva une perforation de 4 à 5 mm. à la base de l'appendice en un point où la paroi était amincie. A l'intérieur de l'appendice se trouvait d'ailleurs un gros calcul. Delorme pense qu'il y a eu augmentation de la pression des gaz intestinaux et refoulement brusque ayant occasionné la rupture.

313. — Nous pouvons conclure qu'en réalité *il n'y a pas d'appendicites traumatiques, mais il y a des appendicites aggravées par le traumatisme*, et l'on ne peut nous objecter l'absence des signes antérieurs, car on sait qu'une appendicite même fruste, peut laisser après elle des lésions anatomiques restant latentes pendant une période fort longue. Les symptômes ont pu être assez vagues pour passer inaperçus du patient ; ils ont pu être oubliés de lui.

314. — D'ailleurs, il n'est pas niable que le traumatisme aggrave singulièrement la situation en faisant entrer dans une phase aiguë une affection latente. Cependant on doit se rappeler, dans l'appréciation du dommage causé, qu'un foyer ancien d'appendicite peut toujours se réveiller spontanément ; l'on a dit qu'un malade ayant un appendice lésé portait dans son abdomen une masse de dynamite dont la mèche était allumée. A ce compte, le traumatisme ne peut que faire brûler la mèche un peu plus hâtivement et le préjudice causé serait peu de chose. La vérité est que la lésion observée est le résultat de deux causes : l'accident, l'état antérieur de l'organe traumatisé.

315. — Plusieurs questions peuvent se poser à l'expert dans les cas d'appendicite post-traumatique. Il aura d'abord à élucider la question du traumatisme et de sa nature. Nous avons vu que le trauma devait être assez violent pour être efficace et que la douleur produite était presque toujours très vive. A défaut de témoignages très précis, et même pour contrôler ceux-ci, on devra chercher les traces de la violence

sur les parois abdominales elles-mêmes; déterminer autant que possible le point exact, siège de la contusion. Toutes ces constatations sont de la plus haute importance, quand il s'agit, comme c'est ici le cas, d'une affection éclatant le plus souvent avec une soudaineté extraordinaire, « en coup de pistolet », selon l'expression classique.

Quant aux cas où un effort, une contraction musculaire brusque, un saut aurait déterminé une appendicite, nous ne croyons pas qu'il y ait un seul fait très démonstratif de ce genre. A *fortiori*, d'ailleurs, s'il y avait rapport manifeste de cause à effet, ces cas devront être rangés parmi ceux où l'appendice était lésé antérieurement.

316. — La seconde question à se poser sera le rapport de cause à effet entre le traumatisme et l'appendicite observée. Ici on se basera sur la date d'apparition des symtômes. Nous avons vu que le délai était toujours très court, qui séparait l'accident du début : quarante huit heures au plus. Si l'on a des renseignements sur l'état antérieur de la victime, s'il y a eu des crises d'appendicite, on devra les noter avec soin, mais toujours, nous le répétons, même en l'absence de ces renseignements, on doit conclure que l'appendice était déjà malade. L'opération, si elle a lieu, l'autopsie, si le malade meurt, permettra mieux encore d'éclairer l'opinion du médecin expert.

317. — Enfin on pourra parfois se demander si les crises d'appendicite postérieures à celle déterminée par le traumatisme doivent être mises sous la dépendance de celui-ci. Ce que nous avons dit de la vraie nature de l'appendicite post-traumatique suffit pour répondre à cette question. L'appendicite est une maladie essentiellement à répétitions, tant que l'intestin malade n'a pas été réséqué. Le traumatisme a pu provoquer une crise. Plus tard, comme dans le cas de LATTY, on peut assister à de nouvelles crises. C'est un autre épisode de la même maladie, mais qui n'est pas sous la dépendance du premier. Cette considération montre que la question

d'incapacité permanente ne se pose pas avec l'appendicite qui se termine ou par la mort ou par la guérison de la crise, qu'on peut imputer en partie au traumatisme.

III

Maladies du foie.

Causes favorisant ou non les lésions traumatiques du foie. — Accidents immédiats.
a) *Abcès du foie.* — Pathogénie. — Etiologie. — Histoire clinique.
b) *Cirrhoses du foie.*
c) *Kystes hydatiques du foie.* — Division étiologique. — Histoire clinique. — Pathogénie. — Aggravation d'un kyste préexistant. — Expertise.
d) *Lithiase biliaire.*
e) *Ictère.* — Ictère traumatique. — Ictère émotif primitif ou secondaire. — Ictère réflexe.

318. — Par sa situation, par son volume, par sa consistance, le foie est un des viscères les plus exposés à être lésés; aussi a-t-on relevé avec une fréquence relative des blessures de cet organe, soit à la suite d'un choc direct, soit au contraire comme résultat d'une chute sur la tête, sur les pieds, sur le siège. Quant au rôle de la contraction musculaire, pas une seule observation ne peut donner la certitude (Terrier et Auvray) (1). Les affections antérieures peuvent évidemment jouer un grand rôle dans l'étiologie de ces lésions traumatiques : l'hypertrophie du foie, en le mettant en contact avec une plus grande partie de la paroi abdominale, et, par conséquent, en l'exposant davantage aux violences extérieures; les dégénérescences graisseuses ou amyloïdes, en augmentent sa friabilité.

Malgré la fréquence relative des traumatismes du foie, les maladies post-traumatiques de cet organe sont rares. En effet, deux cas peuvent se présenter : ou bien les symptômes

(1) *Rev. chirurgie*, 1896 et 1897.

initiaux sont d'une gravité exceptionnelle, il y a rupture d'un gros vaisseau, et la mort arrive avant qu'on ait pu rien tenter pour sauver la victime; ou bien, au contraire, les symptômes du début disparaissent soit spontanément, soit après une intervention chirurgicale et la réparation se fait très rapidement et sans accident. Cornil et Carnot qui ont étudié expérimentalement ce processus de réparation ont montré avec quelle facilité se comblent des brèches même importantes dans le tissu hépatique (1).

Parfois, alors que la douleur du début semble calmée, que le blessé même a repris son travail, une demi-heure, une heure après le traumatisme, on voit tout à coup se produire une syncope et la mort arrive en quelques instants, due à des embolies pulmonaires, embolies graisseuses ou formées de parenchyme hépatique; ce sont là des faits très rares, mais que l'on doit connaître.

Enfin on peut observer des affections du foie dont l'évolution est liée à une contusion directe ou indirecte. Elles rentrent plus particulièrement dans notre cadre.

a) *Abcès du foie.*

319. — Comparé aux autres causes provocatrices de l'abcès du foie, le traumatisme est une rareté étiologique. Les statistiques citées par Stern n'en donnent qu'un tout petit nombre, et encore, pour une partie, l'origine traumatique est douteuse. Nous ne parlons, bien entendu, que des cas où l'absence de plaie pariétale n'a pas permis l'introduction directe de germe septique.

On peut facilement expliquer la pathogénie de ces abcès. Le foyer sanguin provoqué par la rupture constitue un excellent terrain de culture pour les micro organismes. Ceux-ci ont deux voies ouvertes pour arriver au foie : la voie porte et la voie biliaire. La présence du *bacterium coli* notée

(1) *Sem. méd.*, 1898.

dans un cas de Jaboulay et Lyonnet est bien démonstrative de leur origine intestinale.

Le traumatisme causal n'a pas besoin d'être très considérable et l'on peut observer une grande disproportion entre sa violence et la complication (Stern). Il paraît pourtant difficile qu'il puisse passer presque inaperçu comme le rapporte Curschmann (Cité par Stern). Il faut admettre dans le cas de trauma léger une prédisposition individuelle : lésions antérieures du foie, infection latente.

320. — Les premiers symptômes éclatent dans les jours qui suivent le traumatisme : on a pu les noter quelques heures après ; mais ils peuvent aussi être plus tardifs et on peut ne les voir qu'au bout d'un laps de temps variable : une ou deux semaines par exemple. En dehors de la violente douleur dans l'hypochondre droit, des frissons, de l'ictère très fréquent, on observe un retentissement sur l'état général. Lorsque l'apparition des symptômes aigus a été tardive, il y a eu persistance de la douleur avec un caractère particulier d'acuité. Certains auteurs admettent qu'il peut s'écouler des années entre le traumatisme et le moment où le diagnostic d'abcès s'impose. Ils basent leur opinion sur des considérations plutôt théoriques et tirées surtout des abcès d'origine non traumatique. On peut considérer l'origine traumatique comme non démontrée lorsqu'il se sera écoulé plus de quinze jours entre l'accident et les phénomènes infectieux. La terminaison peut se faire par l'ouverture de l'abcès et la formation d'une fistule cutanée, pulmonaire, intestinale ; il n'y a rien au surplus de particulier à noter, ni dans la marche, ni dans le pourcentage de guérisons ou d'issues fatales de ces abcès traumatiques. Ils sont semblables en tous points aux abcès hépatiques d'origine banale.

En cas d'autopsie, l'expert devra se baser, pour établir la relation causale, sur l'existence du traumatisme, démontrée par l'état de l'organe et des parois, sur l'absence de toute lésion intestinale pouvant expliquer l'infection du foie, sur les commémoratifs fournis par le médecin traitant.

b) *Cirrhoses du foie.*

321. — Il semble bien difficile qu'une cirrhose du foie puisse se montrer à la suite d'un traumatisme. Ainsi que le fait remarquer STERN, on manque presque totalement de documents et l'affirmation est impossible. Cet auteur cite pourtant deux cas qui pourraient, à la rigueur, être considérés comme des cirrhoses traumatiques. Dans l'un, dû à TILLMANS, il s'agit d'un individu tombé d'une hauteur de trois mètres sur le côté droit ; on dut lui faire l'amputation de l'avant-bras, il y eut une longue suppuration ; la mort arriva au bout de deux mois. Dans l'autre observé par BECK, il y eut une infection prolongée, température élevée, pleurésie purulente. On peut se demander si, chez les deux malades dont il s'agit, chez lesquels l'examen microscopique du foie, après la mort, démontra une cirrhose, cette lésion hépatique n'était pas plutôt en rapport avec l'infection qu'avec le traumatisme.

Les cirrhoses hépatiques sont des affections tellement latentes dans leurs débuts qu'il sera toujours impossible de rapporter avec certitude leur origine à un accident. On peut dire, d'ailleurs, que tout ce que nous savons de leur pathogénie plaide contre cette étiologie.

c) *Kyste hydatique du foie.*

322. — Lorsqu'on connaissait mal l'étiologie des kystes hydatiques, ou, plutôt, lorsqu'on méconnaissait leur nature parasitaire, le traumatisme jouait un grand rôle dans les explications données pour expliquer leur apparition. Depuis, les faits ont été examinés de plus près et soumis à une critique sévère. D'après les travaux qui ont traité de l'origine traumatique, on peut classer les observations en trois groupes : le premier est constitué par les cas où le kyste hydatique a apparu longtemps après le traumatisme ; le second groupe comprend tous les cas où la tumeur hépatique a été notée dans les premières semaines qui ont suivi la contusion du

foie; le troisième, ceux où la tumeur préexistait certainement au traumatisme subi. Cette division s'applique tout aussi bien d'ailleurs aux kystes hydatiques rencontrés dans le foie et à ceux observés dans d'autres organes.

323. — Nous trouvons dans plusieurs observations un espace de plusieurs années entre la contusion du foie et le début du kyste échinococcique. Il est impossible d'attribuer une valeur quelconque à ces faits. Lorsque cinq, sept, onze ans ont séparé la contusion de la constatation d'une tumeur, alors même que le siège du kyste est évidemment le lieu blessé antérieurement, il est impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, de voir là autre chose qu'une simple coïncidence; en tout cas, il serait absolument téméraire, et c'est là l'opinion des auteurs les plus autorisés, d'affirmer la relation de cause à effet.

Il peut arriver, au contraire, qu'à la suite d'un choc ayant porté sur la région hépatique, après les premiers symptômes accompagnant toujours un traumatisme abdominal, on assiste à un apaisement complet. Puis, au bout d'un temps variant généralement entre quelques jours et quelques semaines, on observe une tumeur volumineuse dans la région du foie. Cette tumeur grossit et le diagnostic de kyste hydatique peut être rapidement affirmé par la ponction. L'évolution subséquente ne présente rien de particulier. On voit évoluer cette affection comme si elle n'était en rien d'origine traumatique et elle expose le patient à tous les accidents ordinaires, que limitent d'ailleurs actuellement les progrès de la chirurgie. Que s'est-il donc passé? Il ne peut, bien entendu, plus être question de l'apparition spontanée d'un kyste sous l'influence du traumatisme. On a pensé que la réaction au point contusionné créait un lieu d'appel pour les échinocoques, que les tissus contus constituaient un excellent terrain de fixation pour eux. En réalité, tout ce qu'on a pu dire est hypothétique. Il faut, en tout cas, admettre que l'échinocoque était en circulation et ne demandait qu'à se fixer. Mais, il paraît même beaucoup plus logique de penser qu'il était déjà

fixé au niveau du point contus, que *le traumatisme n'a pas créé d'appel, et n'a fait que donner « un coup de fouet » à un kyste en évolution.*

Cette théorie est tout à fait conforme à ce que nous observons dans un certain nombre de faits : il en était très certainement ainsi dans le cas de Kirmisson (1) où, deux jours après la contusion, on observait une tumeur au creux épigastrique, tumeur qui ne fit que grossir dans les mois qui suivirent, jusqu'au jour où il y eut rupture dans l'intestin. Toutes les fois qu'après un accident remontant à quelques jours on peut déceler une tumeur de volume appréciable, il est impossible de croire qu'il n'y avait pas préexistence du kyste.

324. — Le traumatisme peut d'ailleurs provoquer des accidents plus immédiatement graves qu'une *accélération dans l'évolution.* Venant frapper un kyste d'un certain volume, il peut provoquer la *rupture de la poche* ou sa *suppuration.*

La suppuration a lieu par le même mécanisme que nous avons observé dans les abcès du foie post-traumatiques. Une simple fissure dans la membrane permet l'invasion microbienne. Quant à la rupture proprement dite, soit dans le péritoine, soit dans les voies biliaires, soit dans les bronches, les plèvres, les vaisseaux, elle ne se produit pas généralement par excès de tension de la membrane de l'échinocoque, mais bien par l'accélération donnée à la marche du kyste. Ce qui le prouve bien, c'est que les accidents de rupture ne se produisent pas immédiatement après le choc traumatique, mais, le plus souvent, plusieurs jours après ; dans le cas de Frerichs, cité par Stern, il s'écoula quinze jours entre l'accident et la rupture. Nous n'insisterons pas sur la gravité de cette complication.

325. — En résumé, le médecin expert aura à se poser les questions suivantes : existait-il manifestement un kyste du foie avant le traumatisme? quelle a été l'influence du trau-

(1) *Arch. gén. méd.*, 1883.

matisme sur l'affection préexistante? Malgré que nous pensions que tout kyste préexistait au traumatisme, le volume de la production échinococcique a son importance. Nous ne pouvons pas affirmer que, dans un cas donné, tel kyste ne restera pas très petit, inoffensif par conséquent. Quant à la rupture, on devra être difficile sur l'admission de son origine accidentelle, car l'on connaît la fréquence des ruptures spontanées des kystes hydatiques. Cependant, quand le trautisme aura nettement porté sur la région malade antérieurement et que les accidents de perforation se seront montrés dans les quinze jours qui auront suivi, il sera indéniable que le trauma a exercé une certaine action.

Nous ne discuterons pas ici la responsabilité patronale dans ces cas, nous nous sommes suffisamment expliqués à propos de faits plus fréquents, de la tuberculose, par exemple, sur la façon dont nous comprenons cette responsabilité lorsque le traumatisme n'a fait que développer une affection latente.

d) *Lithiase biliaire.*

326. — La *lithiase biliaire* a une étiologie tellement spéciale qu'il semble difficile de faire remonter son origine à un traumatisme. Mais, quelques très rares observations permettent de croire que, dans certains cas, une crise aiguë peut être provoquée par un traumatisme chez un lithiasique latent. (1)

e) *Ictère.*

327. — Verneuil a voulu décrire un *ictère traumatique* proprement dit, mais l'analyse de ses observations ne pèrmet pas de conclure à la réalité de cette entité pathologique. Il s'agit d'une simple coïncidence, de traumatisme s'étant produit chez des hépatiques sujets à des poussées d'ictère.

---

(1) Cf. Berger. *Monatsch. f. Unfallheilk.*, 1902.

328. — En dehors de l'ictère qu'on peut observer dans les infections du foie post traumatiques, nous devons étudier *l'ictère émotif* qui rentre bien dans les suites d'accident, quoiqu'il ne soit pas à proprement parler une maladie post traumatique.

Niée par certains auteurs, son existence semble suffisamment démontrée par les faits. On peut distinguer deux sortes d'ictère émotif, selon qu'il est primitif ou secondaire.

329. — *L'ictère émotif primitif* est occasionné par une émotion violente, une grande frayeur. Sa production peut être instantanée : en quelques minutes le teint devient jaune ; mais, le plus souvent, il s'écoule quelques heures avant l'apparition de la coloration des téguments. Cette coloration est généralement très intense. Cet ictère appartient au type des ictères par rétention, les plus bénins. En quelques jours, tout rentre dans l'ordre, Cependant il y a souvent un état légèrement saburral des voies biliaires.

330. — *L'ictère émotif secondaire* ne se montre que quelques jours après l'émotion qui en a été la cause. Entre cette cause et l'ictère se montrent des troubles intestinaux qui apparaissent très rapidement ; il s'agit donc d'un ictère infectieux banal évoluant ordinairement sans gravité, mais dont le pronostic est cependant à réserver. Pour l'expliquer, Debove, Potain admettent un trouble des plexus nerveux intestinaux ; les micro-organismes de l'intestin en profiteraient pour envahir les voies biliaires. L'explication paraît au moins fort vraisemblable si on se rappelle comment les influences morales peuvent agir sur le fonctionnement de l'intestin.

Quant à l'ictère émotif primitif, il est évidemment produit par un spasme des voies biliaires sous l'influence d'une cause centrale. Les expériences de Laborde ont d'ailleurs montré que ce spasme pouvait être sous la dépendance d'une excitation périphérique.

331. — On peut rapprocher de l'ictère émotif l'ictère se produisant sous l'influence d'une vive douleur; il se montre en particulier lorsque le siège de la douleur est un organe abdominal. *Cet ictère réflexe* est intéressant à rapprocher de ceux observés par de Bovis après certaines opérations abdominales (1).

L'*ictère émotif primitif*, l'*ictère réflexe* ne présentent guère de difficultés d'appréciation au médecin expert; il en sera tout autrement pour les cas d'*ictère émotif secondaire*. Cependant, si le patient était en parfaite santé avant l'accident, si l'émotion a été suffisamment forte, si les troubles gastro-intestinaux ont suivi très rapidement, il y aura au moins de fortes présomptions en faveur de l'ictère émotif.

Ouvrages a consulter : Lancereaux. Maladies du foie. — Faure. Tr. de chirurgie de Le Dentu et Delbet. — Löwenstein. Th. Breslau, 1897. — Danlos. Th. Paris, 1879. — Beunon. Th. Paris, 1899-00. — Adda. Th. Paris, 1901-02. — Picard. Th. Paris, 1901-02. — Stern.

IV

Maladies de la rate.

Splénite traumatique. — Splénite aiguë. — Confusion possible avec le paludisme. — Splénite chronique.

332. — En dehors des ruptures de la rate de nature traumatique on peut dire que les suites des traumatismes de cet organe sont assez mal connues. On a cependant décrit une

Splénite traumatique.

Il faut généralement un choc violent pour la produire, la situation de la rate, cachée derrière les côtes, la protégeant assez contre les influences extérieures. Le traumatisme occasionne le plus souvent la rupture d'une ou de plusieurs côtes.

(1) *Sem. méd.*, 1903.

Dans les quelques heures qui suivent, au plus tard le troisième jour après l'accident, on observe une élévation de température aux environs de 38°5, des frissons. La fièvre prend le type intermittent, le plus souvent le type quotidien, avec toutes les allures de la fièvre paludéenne. La rate est grosse, douloureuse. Il y a des transpirations abondantes. Tous les symptômes cèdent ordinairement à la quinine et l'évolution se termine en une quinzaine de jours.

Ce qui frappe dans les observations rapportées, c'est la similitude des symptômes avec ceux du paludisme. On peut se demander si on n'assiste pas à un réveil de la malaria par le traumatisme comme il en a été signalé quelques cas. Cependant Mathon, dans treize observations recueillies dans sa thèse a soigneusement éliminé cette étiologie, en interrogeant les antécédents de ses malades.

La splénite aiguë ne semble pas laisser de traces.

On a signalé des cas de *splénite chronique* qui semblent encore plus prêter à controverse que les premiers.

D'une façon générale les faits de splénite traumatique appellent de nouvelles recherches.

V

Maladies du pancréas.

Étiologie des lésions traumatiques du pancréas.
a) *Pancréatite hémorrhagique.*
b) *Kystes traumatiques d'origine pancréatique* : Kystes séreux. — Kystes de l'arrière-cavité des épiploons.
c) *Nécrose graisseuse, nécrose du pancréas* : Étiologie. — Symptômes.— Faits d'apparition tardive. — Diagnostic après la mort.

333. — Les traumatismes intéressant le pancréas sont très rares mais on peut en relever un certain nombre dans la littérature médicale. Le traumatisme a toujours été tres violent : il s'agit du passage d'une roue d'une voiture, d'un tamponnement entre deux wagons, d'un coup de pied de cheval, etc. Souvent d'autres viscères importants sont lésés

simultanément et la mort peut arriver sur le champ ou très rapidement. D'autres fois, on peut observer des lésions évoluant plus lentement.

a) *Pancréatite hémorrhagique.*

334. — Carnot (1) a démontré que les pancréatites hémorrhagiques étaient dues à des autodigestions, mais on peut admettre que le choc provoque une moindre vitalité de l'organe et facilite ainsi l'autodigestion. Expérimentalement d'ailleurs, cet auteur a pu déterminer la pancréatite au moyen d'un choc. Cliniquement, il en existe des observations très précises, tel le cas relaté par Ferrand (2). Les accidents apparaîtront soit rapidement après le traumatisme, soit seulement quelques mois après. Ils pourront dès le début prendre une allure grave et la terminaison pourra être rapidement fatale. D'autres fois, au contraire, on les verra se succéder par crises pendant plusieurs mois; la mort viendra le plus souvent clore la scène.

L'origine non traumatique est beaucoup plus fréquente que l'étiologie accidentelle; de plus la syphilis, l'artériosclérose, l'alcoolisme jouent un rôle prédisposant évident.

b) *Kystes traumatiques d'origine pancréatique.*

335. — Les lésions traumatiques du pancréas peuvent aboutir à la formation soit de *kystes véritables* de cet organe, soit de *pseudo-kystes* localisés dans l'arrière-cavité des épiploons.

La possibilité de vrais *kystes pancréatiques séreux* à la suite d'une contusion a été discutée ; elle est admise par Bertrand (3), Beckel, Stern, Körte etc. Lorsqu'après un traumatisme violent ayant porté sur la région épigastrique, on observe

---

(1) Th. Paris, 1897-98.

(2) *Soc. méd. hop.*, 18 nov. 1898.

(3) Th. Lyon, 1900-01.

rapidement, dans un délai de quelques semaines (un mois dans le cas de Schwarz, cité par Bertrand), la formation d'une tumeur dont l'autopsie ou une opération démontre l'origine pancréatique, on pourra admettre avec vraisemblance l'étiologie traumatique en dehors d'une autre cause : alcoolisme, syphilis, etc.

336. — La collection kystique peut se former *dans l'arrière cavité des épiploons*. Les conditions étiologiques sont les mêmes. Le liquide retiré à la ponction ou à la section est hématique, le plus souvent de couleur brune, contenant généralement de l'amylase et de la trypsine ce qui indique la présence du suc pancréatique. La formation de la collection se fait lentement. Dans le cas de Littlewood, cité par Stern, treize jours après le traumatisme (coup de pied de cheval), on trouvait déjà dans le flanc gauche, au-dessus de l'ombilic, et à l'épigastre une tumeur renfermant un liquide brun, alcalin, contenant de la trypsine. La présence des ferments pancréatiques est très importante pour le diagnostic. Guy (1) admet un délai de un à cinq mois pour la formation de ces pseudo-kystes. On a noté leur apparition après plusieurs années, cinq ans dans un cas de Richardière. Ces faits sont sujets à controverse quant à leur étiologie.

c) *Nécrose graisseuse, nécrose du pancréas.*

337. — On sait que l'on désigne sous ce nom une altération de la graisse sous-péritonéale située autour du pancréas, consistant en noyaux plus ou moins volumineux, de coloration blanchâtre, opaque. Ce peut être une trouvaille d'autopsie et, lorsque la lésion est très limitée comme étendue, on a pu se demander si l'on n'était pas en présence d'une altération cadavérique.

Accompagnant ces altérations de la graisse, on peut voir une réaction inflammatoire du péritoine et des lésions du

---

(1) Th. Paris, 1901-02.

pancréas plus ou moins accentuées. Les expériences de Hildebrand, de Williams, de Katz et Winckles ont montré le rôle du suc pancréatique : il s'agit d'une véritable digestion de la graisse par le liquide s'écoulant par une perforation du canal secréteur soit pathologique, soit traumatique. Wolff (1) rapporte cependant un cas où la nécrose graisseuse ne s'accompagnait pas de lésions pancréatiques et où il n'y avait eu aucun trauma avant l'éclosion des accidents.

Quoi qu'il en soit, il est certain que le traumatisme peut être la cause de la nécrose graisseuse. Comme pour toutes les lésions du pancréas il faut une violence très grande ; on a signalé aussi des plaies perforantes par coup de feu (Cas du Président Mac Kinley), etc.

338. — Les *symptômes* primitifs sont les mêmes que ceux qui accompagnent toute contusion violente de l'abdomen : état de shock, pouls petit, perte de connaissance, douleur vive. Les symptômes graves peuvent apparaître très rapidement et la mort survenir dans les quarante-huit heures qui suivent l'accident. Il n'y a pas de difficulté d'interprétation médico-légales dans ces cas. Cependant, nous devons faire observer que le diagnostic vrai sera rarement fait et que l'on pensera plutôt à une péritonite. Seule l'autopsie pourra montrer le processus véritable.

339. — Mais, parfois, ce n'est qu'après plusieurs semaines et une période de calme relatif qu'on voit tout à coup l'état s'aggraver. Le fait s'explique par la chute tardive d'une escarre. Le ventre devient douloureux surtout dans la région épigastrique ; la douleur a des irradiations dans le dos ; il y a des vomissements fréquents, alimentaires, bilieux ; les selles sont diarrhéiques d'abord, puis la constipation s'établit. Avec cela, il n'y a pas de fièvre, mais on peut observer de l'hypothermie, le pouls est péritonéal, la langue sèche, il y a une soif vive. L'évolution est rapide ; la durée de l'affection

(1) *Berlin. klin. Woch.* n° 31. 1902.

peut n'être que de quelques heures et ne va guère au-delà de quatre à cinq jours.

340. — Si le diagnostic n'a pas été fait du vivant du malade, il sera, par contre, fait à l'autopsie. Celle-ci sera d'ailleurs nécessaire pour établir la vraie cause de la mort. Pour conclure à une nécrose graisseuse, suite de traumatisme, il faudra d'abord établir la réalité de l'accident qui, par suite de sa gravité, n'aura pu passer inaperçu. De plus, il faudra éliminer toute autre étiologie que le traumatisme, car il est des faits de nécrose graisseuse de l'histoire desquels le traumatisme est certainement absent. L'existence de troubles digestifs antérieurs, la présence d'un calcul dans les voies pancréatiques feront penser plutôt à une origine non accidentelle.

Ouvrages a consulter : Villar. Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet. — Gallois. La nécrose de la graisse abdominale. *Bull méd. 1902.* — Roosen-Runge. Zeitsch. f. klin. Med. *in Gaz. hebd. 1902 et Sem. méd. 1902.* — Stern.

VI

Maladies du péritoine.

a) *Péritonites aiguës :* Étiologie. — Symptômes. — Anatomie pathologique et pathogénie. — Influence de l'état antérieur. — Péritonites sans lésions apparentes des viscères. — Cas tardifs. — Péritonites circonscrites.

b) *Péritonites chroniques :* Adhérences péritonéales. — Pathogénie. — Symptomatologie. — Expertise, diagnostic et pronostic.

a) *Péritonites aiguës.*

341. — En dehors des péritonites aiguës consécutives à une plaie pénétrante, soit que l'agent de cette plaie porte elle-

même le germe infectieux au niveau du péritoine, soit que la blessure intéresse en même temps un des viscères à contenu septique renfermés dans l'abdomen, on peut observer des inflammations péritonéales sans solution de continuité dans les parois et ce sont celles-là qui intéressent davantage le médecin expert.

La violence causale peut être la chute d'un objet pesant, un coup de pied de cheval, une compression assez forte. Heusch (1), dans sa thèse, prétend qu'il faut une violence s'exerçant sur une partie étendue de l'abdomen. En réalité cette condition ne paraît pas absolument nécessaire.

342 — Aussitôt après le traumatisme on peut observer tout les symptômes de *shock* si souvent signalés dans tous les traumatismes abdominaux, principalement dans ceux portant sur la région épigastrique. Il y a là une action réflexe, suffisamment explicable par l'action des plexus nerveux. Ce *shock* n'est pas constant et quelquefois, rarement à la vérité, la douleur elle-même peut faire défaut presque complètement dans les premières heures. Très rapidement, le plus souvent dans les deux ou trois premiers jours qui suivent le traumatisme, on assiste au début de la péritonite dont l'évolution est classique : douleur intense, sensibilité exagérée du ventre, retentissement sur l'état général, rien n'y manque et la terminaison la plus habituelle est la mort qui arrive dans un délai très court.

343. — L'autopsie montre la *pathogénie* de cette péritonite : dans certains cas les viscères sous-jacents ont eu leurs parois déchirées. Nous avons déjà vu que les déchirures avaient été observées sur tous les organes intra-abdominaux, à la suite de contusions simples. Nous n'insisterons pas à nouveau sur la prédisposition à la rupture des viscères déjà lésés antérieurement : estomac ou duodénum, par exemple, affectés d'un ulcère cicatrisé ou non, d'un cancer en voie d'évolution,

---

(1) Th. Lyon, 1897-98.

etc. La fixation d'une anse abdominale par des adhérences anciennes, en l'empêchant de fuir sous le choc, pourra aider puissamment aussi à sa blessure. La flore microbienne si riche des viscères abdominaux, explique, sans qu'il soit besoin d'insister, l'infection du péritoine.

Nous avons parlé de *lésions antérieures;* elles ont pu déjà produire une réaction péritonéale : il a pu se former une poche purulente dont le choc a déterminé la rupture. Cette collection purulente peut être juxta-péritonéale : salpingite par exemple. Autant de cas dont il faut prévoir la possibilité : un examen attentif devra fixer la pathogénie exacte de la péritonite ; ceci est de toute importance pour la détermination du *quantum* de la responsabilité. Si le traumatisme est la goutte d'eau qui fait déborder le vase, dans bien des cas, à lui seul, il n'aurait rien produit. Il y a donc bien là deux éléments étiologiques : affection primitive, contusion. Au médecin expert de déterminer, autant qu'il le pourra, par les circonstances de fait, quelle part attribuer à l'un ou à l'autre de ces deux éléments, et, pour cela, il devra tenir compte de l'histoire pathologique antérieure du blessé, de l'évolution de la maladie, de la violence du traumatisme. L'appréciation ne sera pas toujours aisée, surtout dans le cas de survie ; sur la table d'autopsie elle pourra être simplifiée. La discussion devra porter sur les points suivants : l'affection, qu'est venu compliquer le traumatisme, évoluait-elle naturellement vers la guérison, ou au contraire, devait-elle fatalement aboutir à la mort, et dans quel délai approximatif ? Quelle résistance opposait au traumatisme l'organe malade ?

344. — Il peut arriver que les viscères n'offrent pas de lésions macroscopiques appréciables, malgré que la péritonite soit pourtant bien le résultat du traumatisme. Ces faits qui ont pu paraître singuliers, nous apparaissent plus clairs depuis que nous connaissons mieux le rôle important du système nerveux dans la défense de l'organisme. Une lésion même minime peut avoir déterminé des troubles nerveux et circulatoires suffisants pour permettre aux micro-organismes

le passage à travers les tuniques de l'intestin. Il n'est même pas nécessaire que l'intestin soit lésé directement et on a vu des déchirures du mésentère aboutir à la péritonite par des lésions secondaires qu'entraînait, dans l'intestin, la blessure des vaisseaux et nerfs mésentériques. Lorsque le traumatisme est bien nettement établi, ces faits n'offrent pas de difficulté d'interprétation ; dans les cas où le traumatisme est douteux, le médecin devra rechercher s'il n'y a pas d'autres causes possibles de péritonite. Il devra se rappeler que la péritonite est une affection débutant souvent brusquement, « en coup de pistolet», dans un état de santé satisfaisant, en apparence tout au moins. Les faits de typhoïde ambulatoire, quelque rares qu'ils soient, ceux d'appendicite à début brusque ne doivent pas être oubliés et peuvent parfois faire rapporter à sa véritable cause une péritonite attribuée à tort à un effort musculaire brusque ou à un traumatisme. Lorsqu'il peut être pratiqué, l'examen bactériologique pourra donner parfois des renseignements utiles : c'est ainsi que la présence de pus à pneumocoques tendra à faire rejeter l'hypothèse de péritonite traumatique.

345. — En somme les difficultés d'interprétation ne seront que rarement bien grandes dans ces deux premières catégories de faits. Il en sera autrement lorsque, les phénomènes de début s'étant réduits à une douleur plus ou moins vive, accompagnée de *shock*, il y aura eu rémission parfois complète et que les phénomènes de péritonite éclateront plusieurs semaines plus tard. On peut voir les choses se passer ainsi ; le choc aura déterminé des troubles de nutrition dans la paroi intestinale et, à la chute d'une escarre, subitement, se montreront les signes de l'infection du péritoine. Pour admettre alors le rapport causal entre une péritonite et un accident il faudra que le temps écoulé depuis le traumatisme ne dépasse pas trois mois, que les phénomènes de début et, en particulier, le symptôme douleur aient été assez accentués pour indiquer une lésion sérieuse des organes intra-abdominaux, qu'il n'y

ait aucune autre cause pouvant expliquer l'infection péritonéale. Ici encore l'examen bactériologique pourra quelquefois être d'une certaine utilité.

346. — Dans ce que nous venons de dire, nous avons eu surtout en vue les péritonites généralisées dont la terminaison la plus fréquente est la mort assez rapide. Mais parfois l'invasion microbienne sera plus discrète, se limitera d'elle même. On aura affaire à une *péritonite circonscrite*, qui pourra évoluer avec peu de signes généraux. Au début, les symptômes, qui sont dus plutôt à l'ébranlement nerveux qu'à la lésion péritonéale, pourront être les mêmes que dans les cas de péritonite généralisée, mais, plus tard, ainsi que le fait remarquer Stern, il pourra n'y avoir que de la douleur. La terminaison pourra se faire par un abcès local avec toutes les complications possibles des suppurations. On pourra aussi voir les douleurs persister par formation d'adhérences. Ces adhérences seront presque toujours la terminaison des péritonites généralisées lorsque la mort ne sera pas venue clore la scène en quelques jours, car la guérison *ad integrum* est infiniment rare. Ces adhérences ne diffèrent en rien de celles que l'on observe dans les péritonites chroniques.

b) *Péritonites chroniques.*

347. — En ce qui regarde les péritonites tuberculeuses et cancéreuses, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit aux articles « tuberculose » et « cancer ». Mais, en dehors de ces affections spécifiques du péritoine, on a pu observer, à la suite de traumatismes, des *inflammations péritonéales évoluant chroniquement*, et aboutissant à la formation d'adhérences plus ou moins étendues, que la laparotomie a pu mettre en évidence. Les conditions du traumatisme causal ne semblent pas différer de celles qui provoquent une péritonite aigüe. Peut-être cependant est-il moins violent, car, plusieurs fois, nous voyons que l'interruption de travail

initiale a été minime. Les symptômes immédiats consistent d'ordinaire seulement en douleurs violentes. La douleur s'atténue quelquefois assez rapidement, permettant au blessé de reprendre son travail, puis, au bout d'un temps variable, on voit à nouveau les symptômes douloureux s'exaspérer, se faire sentir principalement dans les efforts ou à des moments variables de la digestion selon le siège des adhérences. Il n'y a pas toujours proportionnalité entre l'étendue des adhérences et l'intensité des douleurs abdominales ressenties : la laparotomie a parfois montré des brides minimes entraînant des grandes douleurs, tandis que des adhérences étendues n'étaient guère ressenties par le patient. Il faut faire entrer en ligne de compte la prédisposition nerveuse des sujets.

348. — La genèse de ces péritonites chroniques est assez difficile à expliquer ; on peut admettre une affection atténuée, soit que les micro-organismes ne soient que d'une virulence diminuée, soit qu'ils n'atteignent la séreuse qu'en trop petite quantité pour produire une infection massive. Le fait est qu'il y a bon nombre de cas où l'étiologie traumatique semble tout au moins très vraisemblable et quelques uns où elle apparait comme non douteuse. Tel est le cas du malade de Riedel (1) : à la suite d'un coup de pied de cheval dans l'hypocondre droit, il commença à se plaindre de douleurs vives, qui, après une atténuation de quelques mois, reparurent à nouveau. Soupçonné de simulation, il accepta l'opération qu'on lui offrait et la laparotomie montra une adhérence du foie à la paroi abdominale antérieure et de la vésicule biliaire à l'épiploon.

Le cas de Lemaitre cité par Bouquet de la Jolinière (2) est aussi démonstratif : deux mois après un coup sur le ventre on observa des signes d'étranglement interne chez un enfant et l'opération montra des adhérences récentes aplatissant une anse abdominale.

---

(1) *Arch. f Klin. Chir.*, 1894.
(2) Th. Lyon, 1895-96.

349. — Étant donné la possibilité de ces péritonites chroniques post-traumatiques, on ne devra pas taxer facilement de simulateurs et de neurasthéniques les blessés qui, à la suite d'un coup sur l'abdomen, se plaindront de douleurs dans la région atteinte. En dehors de la réalité de l'accident, dont les premières suites auront dû être observées par un médecin, l'expert aura pour se guider : 1° *La date de l'apparition des douleurs*. Lorsque celles ci ne sont pas continues, elles semblent devoir toujours se montrer, au plus tard, trois mois après l'accident ; 2° *Le caractère de ces douleurs* qui s'exaspèrent dans les efforts, dans certaines positions du corps, au moment de la digestion, celle-ci provoquant probablement des tiraillements. Le moment de la sensation douloureuse pourra même servir à localiser assez exactement l'adhérence. Si l'anse d'intestin enserrée, plus ou moins immobilisée par une bride, est gênée dans son péristaltisme, il s'ensuivra des coliques très douloureuses se montrant plus ou moins longtemps après l'ingestion des aliments. Est ce au contraire l'estomac qui est en cause, la douleur sera précoce, s'accompagnera de vomissements. Dans le cas où la vésicule biliaire est accolée à un autre organe ou à l'épiploon, les douleurs sont moins liées aux phénomènes de la digestion, mais elles sont assez exactement localisées dans l'hypocondre droit.

350. — Le *pronostic* de ces adhérences péritonéales est assez sombre. Les cas sont rares où l'on voit spontanément disparaître les douleurs. Le plus souvent elles ont tendance à s'aggraver, la constipation, les troubles de la digestion contribuant à produire des troubles fâcheux de la santé générale. On serait tenté de croire qu'une opération, en levant les obstacles, et détruisant les brides, amène la guérison définitive ; mais souvent, chez des individus prédisposés, et surtout si l'opération n'a pas été précoce, des troubles neurasthéniques ont eu le temps de s'installer définitivement et ne guérissent pas, malgré que leur *substratum* anatomique ait disparu. Ces désordres psychiques

auront d'autant plus de tendance à s'établir, s'il s'agit d'un ouvrier blessé dans le travail, qu'à la réelle crainte de l'incurabilité, viendront s'ajouter les préoccupations d'un procès en indemnité. Ici, comme dans bien d'autres cas l'intérêt des deux parties sera dans le réglement précoce de l'indemnité. L'intervention devra être conseillée aussitôt le diagnostic posé. Mais vu sa gravité relative, et malgré les bons résultats qu'elle a souvent donnés, il ne semble pas qu'on puisse l'imposer au patient.

CHAPITRE VIII

Maladies de l'appareil génito urinaire.

Maladies des reins.

Fréquence des traumatismes rénaux. — Mécanisme. — Pronostic général.
a) *Néphrites :* Division du sujet. — Symptômes urinaires post-traumatiques : hématurie, anurie, albuminurie. — Histoire clinique. — Anatomie pathologique. — Pathogénie des néphrites chroniques. — Expertise. — Traumatisme unilatéral et néphrite bilatérale.
b) *Hydronéphroses et pseudo hydronéphroses :* Classification. — Oblitération urétérale par un caillot. — Sténose cicatricielle, compression de l'uretère. — Pseudo-hydronéphroses, épanchements péri-rénaux. — Rupture d'une hydronéphrose préexistante
c) *Lithiase rénale :* Classification. — Traumatisme rénal. — Traumatisme des centres nerveux. — Immobilisation prolongée par un traumatisme quelconque. — Expertise.
Appendice. — *Traumatisme et grossesse :* Traumatisme et avortement. — Influence morale. — Hémorrhagie rétroplacentaire.

351. — Les traumatismes du rein sont observés assez fréquemment. Watson (1) a pu relever 660 cas dans lesquels la paroi n'avait pas été lésée. Le traumatisme agissant peut être direct : coup violent sur la région lombaire ou sur l'abdomen, passage d'une roue de voiture, etc. Dans ce cas, le rein semble pris entre la force extérieure et une résistance représentée, soit par la face antérieure des côtes, soit par

(1) Bost. med. and. surg. jour. cité *in Gaz. des hôp.*, 26 nov. 1903.

l'apophyse de la première vertèbre lombaire, soit même, comme le dit très bien ALBARRAN, tout simplement par la paroi lombaire plus ou moins appuyée sur un plan plus dur qui est habituellement le sol. L'action de la contraction musculaire semble démontrée par certains faits bien nets, où, pendant un effort violent, s'est produite une violente douleur bientôt suivie d'une hématurie

Le pronostic général des traumatismes rénaux est assez sombre, surtout dans les cas graves, lorque l'intervention chirurgicale n'est pas précoce. Dans une statistique publiée par SCHMIDT dans le *Deutsche militäre Zeitschrift* et analysée dans le *Bulletin de l'Association internationale des médecins experts*, sur 360 cas de contusions rénales de toutes gravités, la mortalité serait de 47,05 0/0.

Dans ce qui va suivre, nous laisserons de côté les cas de mort rapide, ceux où une infection ascendante trop facilement explicable soit par un cathétérisme suspect, soit par le mauvais état antérieur des voies urinaires, est venu compliquer le traumatisme proprement dit. Ces faits n'offrent pas de difficultés pratiques. Nous étudierons au contraire les affections rénales qui peuvent se montrer même à la suite de traumatismes relativement légers

a) *Néphrites.*

352. — En dehors des néphrites suppurées amenées par traumatisme infectieux direct, en dehors des lésions rénales causées indirectement par un accident, soit qu'une suppuration plus ou moins prolongée ait abouti à une *dégénérescence amyloïde*, soit que la matière employée comme pansement ait provoqué une *néphrite toxique*, on voit, à la suite de traumatismes, évoluer des *néphrites aiguës* qui se terminent par la mort rapide, ou par la guérison, ou par passage à l'état chronique.

Le terme de néphrite est peut être impropre dans bon nombre de cas; il semble qu'il doit s'agir de toute autre chose que de lésions inflammatoires. Cependant dans certains

faits on est en présence de tout le cortège symptomatique des néphrites.

353. — *Cliniquement*, ce qui caractérise la lésion traumatique du rein, c'est, en dehors de la douleur assez vive de la région lombaire, l'*hématurie*. On peut dire qu'elle ne fait jamais défaut. Elle apparaît dans les quelques heures qui suivent, d'une façon très précoce, ce que l'on comprend facilement. Elle peut persister plusieurs jours, parfois plusieurs semaines et, dans ce cas, en rapport avec des lésions traumatiques graves, elle constitue une indication formelle d'intervention chirurgicale.

L'hématurie fait souvent place à une *anurie* passagère, notée dans bon nombre d'observations. Veret (1) dit qu'on a pu noter aussi la *polyurie* mais nous n'avons pas trouvé d'observations précises sur ce point. L'anurie est évidemment en rapport avec des lésions nerveuses, tout au moins avec un trouble fonctionnel des plexus rénaux. C'est peut-être aussi au trouble de ces plexus nerveux qu'il faut attribuer, dans bon nombre de cas, *l'albuminurie* observée dans les premières heures, parfois en dehors de l'hématurie. La pathogénie de cette albuminurie est facile à saisir : la nutrition, la circulation rénales sont assez intimement liées aux fonctions nerveuses pour que le trouble de ces dernières retentisse sur les épithéliums rénaux et y cause des lésions au moins passagères. Les cas rapportés par Potain (2) où un traumatisme rénal a provoqué, en même temps que l'albuminurie, de l'anasarque unilatéral semblent devoir être rangés plutôt dans la catégorie de ces troubles fonctionnels d'origine nerveuse que dans celle des néphrites proprement dites.

354. — Pourtant cette explication ne peut toujours être invoquée et la *néphrite aiguë* est parfaitement décrite par plusieurs auteurs. Le *début* en est rapide, du deuxième au

(1) Th. Paris, 1882.

(2) *Gaz. des hôpit.*, 1883.

quinzième jour, au plus tard, après le trauma, alors que, parfois, les lésions causées par celui ci semblent parfaitement guéries, comme dans l'observation d'Alapy (1).

On observera non seulement de l'albuminurie en quantité plus ou moins notable, mais encore la présence de cylindres dans l'urine; de plus, les symptômes généraux : fièvre œdème, ne feront pas défaut le plus souvent. Parfois, cependant, ils peuvent être passagers ou même manquer et tout se réduit à la cylindrurie et à l'albuminurie, ordinairement peu abondantes dans ces cas. Celles-ci persistent plus ou moins longtemps; le pronostic est généralement bénin, mais on a vu l'albuminurie durer pendant plusieurs mois, même des années.

355. — Si la mort arrive et que l'autopsie soit pratiquée, on trouvera souvent, au lieu de lésions néphritiques, des dégénérescences épithéliales, des nécrobioses plus ou moins limitées.

Ce que nous savons du fonctionnement du rein et de la pathogénie des néphrites nous permet de croire que ces lésions peuvent amener des désordres plus étendus. Au processus aigu ou subaigu succéderait un processus chronique. Mais, bien peu de faits sont prouvés de façon irréfutable. Stern, après une critique serrée de bon nombre de ces cas, admet que, le plus souvent, il existait une néphrite latente; c'est aussi l'avis exprimé par Fürbringer (2).

356. — En résumé, en présence d'une néphrite rattachée à un traumatisme le médecin devra se baser, pour établir le rapport causal, sur l'existence de l'hématurie, sur la date d'apparition de la néphrite, sur la constatation de l'albumine dans l'urine d'une façon continue depuis les premiers jours qui suivent l'accident. S'il n'y a pas eu de symptômes aigus de néphrite, si l'hématurie fait défaut et que le seul signe

(1) *Ann. mal. org. génit. urin.*, 1892.
(2) *Aertz. schw. Zeit.*, 1903.

constaté soit l'albuminurie, à défaut d'un examen antérieur il sera impossible de rapporter au traumatisme cette albuminurie. On sait en effet combien longtemps un individu peut avoir dans ses urines des traces d'albumine sans que pourtant sa santé générale en soit atteinte de façon quelconque. En particulier, l'étiologie de la lésion rénale devra être tenue comme probablement étrangère au traumatisme si on retrouve dans les antécédents du malade une intoxication, ou une infection antérieure.

357. — Il serait intéressant et pour le diagnostic et pour le pronostic de savoir si un seul des deux reins ou les deux sont lésés. La séparation des urines au moyen des diviseurs vésicaux pourra fournir d'utiles renseignements. Cependant l'intégrité d'un des deux organes ne permettra pas d'augurer de l'avenir. C'est du moins ce que tendent à prouver les travaux de CASTAIGNE et RATHERY (1). Ces auteurs ont observé qu'à la suite de lésions provoquées par le traumatisme direct ou indirect sur un seul rein, après un temps variable, l'autre rein pouvait présenter des altérations plus ou moins graves. Le temps qui s'est écoulé entre le traumatisme et l'apparition de la néphrite a été, dans trois observations recueillies par eux, de 12 ans, 16 ans et 23 ans. A l'autopsie on a trouvé des lésions absolument nettes de néphrite interstitielle sur le rein que n'avait pas atteint le traumatisme. Pour échapper à l'objection d'une coïncidence possible, CASTAIGNE et RATHERY ont procédé à des expériences sur les animaux et ont déterminé en particulier chez le chien, par la ligature d'un uretère, des lésions dans le rein opposé. Ils admettent pour expliquer ce processus pathologique l'action élective des produits de désintégration des cellules du rein traumatisé sur celles du rein opposé. Ces faits démontrent la réserve qu'on doit apporter dans le pronostic des lésions rénales traumatiques.

---

(1) *Soc. méd. hôpit.*, 26 décembre 1902.

b) *Hydronéphroses* et *pseudo-hydronéphroses.*

358. — Si tous les auteurs sont à peu près d'accord actuellement sur l'existence de *l'hydronéphrose traumatique,* ils diffèrent quant à l'explication pathogénique de cette affection. L'éclectisme semble devoir être adopté et avec Stern nous admettrons comme causes de l'hydronéphrose traumatique :

1° *L'oblitération de l'uretère par un caillot sanguin*;

2° *La sténose cicatricielle de l'uretère ;*

3° *La compression ou la flexion de l'uretère par une collection voisine ;*

4° *La mobilité du rein ;*

5° *La mobilisation d'une concrétion urinaire* causant l'oblitération de l'uretère.

Stern a lui-même emprunté cette classification à Wagner.

359. — L'hydronéphrose résultant d'un rein mobile provoqué lui-même par un traumatisme n'est qu'un épisode dans l'histoire du rein mobile. Quant à celle provenant de l'arrêt d'un calcul urinaire dans le canal uretéral, elle doit être infiniment rare puisque Wagner n'en a trouvé qu'un seul cas.

Navarro (1) admet comme seule cause de l'hydronéphrose traumatique *l'oblitération par un caillot sanguin*; cette étiologie semble au moins imprimer un caractère particulier à l'affection dont il s'agit. Après les symptômes du début consistant en douleurs violentes, hématurie précoce, anurie parfois pendant quelques jours, on assiste, après un laps de temps variant entre quinze jours et six semaines, à la formation d'une tumeur liquide dans la région rénale. L'examen montre qu'il s'agit d'une hydronéphrose vraie.

360. — Alors que l'intervalle qui sépare le traumatisme de l'apparition de l'hydronéphrose est assez court et peu

(1) Th. Paris, 1893-94.

variable dans les faits de ce premier groupe, il n'en est plus de même si l'hydronéphrose est due à une *sténose cicatricielle* ou à une *compression de l'uretère*. On comprend combien la durée d'évolution est variable dans ces différents cas ; il est impossible de fixer une date même approximative, après laquelle la complication de l'hydronéphrose n'est plus à craindre. On a pu l'observer après dix ans (Fenger). La grosse difficulté est d'établir avec certitude l'origine de l'hydronéphrose observée. Autant la tâche est facile dans le premier cas en se basant sur la date de l'apparition, sur les symptômes du début; autant elle devient presque impossible dans ces derniers. L'existence d'une hématurie, la douleur, le siège de la lésion aideront le médecin dans sa tâche, mais souvent il devra convenir qu'une affirmation est impossible dans un sens ou dans l'autre. Parfois, l'opération ou l'autopsie peuvent lever les doutes en montrant soit une anomalie congénitale, soit une cause de compression uretérale d'origine non traumatique.

361. — A côté des hydronéphroses vraies on a décrit des *pseudo-hydronéphroses, épanchements péri-rénaux*, dont la pathogénie s'explique facilement. A la suite d'une blessure intéressant le rein et le bassinet, il s'écoule, dans l'atmosphère celluleuse péri-rénale, du sang et de l'urine, mélange qui peut, soit rester aseptique, soit s'infecter et former un phlegmon périnéphrétique. Ce qui caractérise ces fausses hydronéphroses, c'est surtout d'abord leur apparition précoce, leur formation rapide, en quelques jours, leur volume plus considérable que celui de l'hydronéphrose : 5 à 6 litres, leur diffusion plus grande (Tuffier). Enfin, à la palpation, ces épanchements ne donnent pas la sensation d'une collection distincte de la paroi; il semble qu'ils font corps avec elle. En fait, ces pseudo-hydronéphroses ne présentent pas de difficulté dans la pratique des accidents.

362. — Le traumatisme peut agir, non plus en provoquant la formation de l'hydronéphrose, mais en causant la *rupture*

d'une hydronéphrose préexistante. La rupture spontanée des hydronéphroses est d'ailleurs un accident possible quoique fort rare. Mais par suite de la tension du liquide et de l'altération des parois de la poche il suffit parfois d'un traumatisme relativement léger pour provoquer leur rupture. MONPROFIT (1) a rapporté un cas où celle-ci avait été causée par la pression contre une table, pendant une rixe. Par ailleurs, l'hydronéphrose étant compatible avec le travail de certaines professions, pouvant même être entièrement latente dans quelques cas, on comprend les difficultés d'interprétation de tels faits. Conformément à notre règle nous admettons que dans ces cas il doit y avoir une diminution de la responsabilité patronale, la lésion corporelle étant faite de deux éléments : le traumatisme accidentel, l'affection préexistante. Le rôle de celle-ci est d'ailleurs tellement prédominant dans l'espèce, que la part de responsabilité patronale est à son minimum.

c) *Lithiase rénale.*

363. — La relative fréquence de l'apparition d'accidents lithiasiques à la suite de traumatismes a fait penser qu'il y avait là plus qu'une simple coïncidence. Les faits de cet ordre doivent être étudiés séparément et demandent une interprétation particulière suivant que le traumatisme a porté sur les reins, sur les centres nerveux, ou en un point quelconque du corps.

La possibilité d'un *traumatisme rénal* à l'origine des accidents lithiasiques est très nettement émise par ALBARRAN. Pour cet auteur, un petit caillot sanguin peut être le centre de formation du calcul urinaire. Les examens microscopiques, qui ont montré au centre des calculs la présence de débris organiques, plaident en faveur de cette opinion. Peut-être même n'y aurait-il pas besoin d'une hématurie et une simple desquamation épithéliale des tubes rénaux, sous l'in-

---

(1) Congrès de Chir., 1896.

fluence d'un traumatisme trop léger pour provoquer une hémorrhagie, serait-elle suffisante pour expliquer la genèse de la lithiase urinaire.

364. — Les *traumatismes des centres nerveux* et en particulier de la moelle épinière ont une influence certaine sur la composition de l'urine. BOUCHARD admet que la perturbation des centres nerveux peut provoquer une élimination exagérée d'acide urique. On a signalé à la suite des lésions médullaires l'alcalinité des urines. Il est probable que dans ce dernier cas, la vraie cause des modifications urinaires est l'infection; l'expérience de POSNER en est la preuve : il put, chez des chiens dont la moelle avait été sectionnée, maintenir les reins intacts et l'urine normale, en observant l'asepsie la plus rigoureuse dans le cathétérisme.

365. — Enfin, il n'est pas rare, chez des individus immobilisés par un *traumatisme quelconque* et en particulier par une fracture du membre inférieur, d'observer la première crise de colique néphrétique précisément pendant cette immobilisation. Le changement de vie, le ralentissement de la nutrition qui en résulte, suffiraient à expliquer la pathogénie de ces troubles chez les individus prédisposés.

366. — De cet exposé rapide, il résulte pour l'expert des indications différentes selon que le cas examiné rentre dans l'un ou l'autre des trois groupes. Il devra tout d'abord s'efforcer de déterminer s'il ne s'agit pas d'un lithiasique avéré et si le traumatisme n'a pas seulement mobilisé un calcul déjà existant ou si même il n'y a pas simple coïncidence. Ce point étant élucidé, si le traumatisme a porté sur la région rénale, s'il y a eu des signes au moins de contusion du rein, on pourra admettre comme possible l'influence du traumatisme sur l'éclosion des accidents de lithiase urinaire, mais en tenant compte dans la plus large mesure de la prédisposition du sujet. Pour la formation du calcul, il ne suffit pas d'un centre d'appel, il faut aussi un état particulier de la nutri-

tion favorisant la précipitation autour de ce centre de l'acide urique ou des sels de chaux. On peut même affirmer que tout individu se trouvant dans des conditions humorales nécessaires à l'étiologie de la lithiase rénale (et ce que nous disons ici s'applique aussi bien à la lithiase biliaire) trouvera *toujours* le point d'appui, centre du calcul. Le traumatisme peut hâter l'apparition de la première crise, mais à cela se bornera son rôle.

A fortiori il en est de même lorsque le traumatisme a agi seulement en immobilisant le lithiasique. La prédisposition morbide est tout, et nous employons le mot prédisposition à tort : il peut prêter à confusion. En fait la *lithiase rénale n'est qu'un épisode d'une maladie générale*, caractérisée par l'insuffisance des oxydations et par des troubles profonds de la vie cellulaire, longtemps avant de se manifester par la colique néphrétique ou la colique hépatique.

367. — La solution nous semble toute différente si la lithiase rénale a apparu à la suite d'un traumatisme des centres nerveux. Ici des conditions nouvelles ont été créées par la modification du milieu urinaire. S'il s'agit de la *lithiase phosphatique*, probablement sous la dépendance de l'infection, les symptômes urinaires sont ordinairement de peu d'importance en regard des lésions causales : compression ou section de la moelle épinière. Si, au contraire, il y a eu *excès dans la formation d'acide urique*, le problème peut être plus difficile; l'examen attentif des antécédents du blessé, l'analyse répétée des urines après l'accident permettront seuls de poser le diagnostic avec quelque chance de vérité. Si l'on admet l'origine traumatique, la responsabilité de l'auteur de l'accident est sans restriction.

APPENDICE

Traumatisme et grossesse.

368. — En dehors de la grossesse, l'utérus, protégé dans la cavité du bassin, ne peut être blessé que dans les grands

traumatismes. Mais, pendant la grossesse, il n'en est plus de même, surtout lorsque l'utérus a acquis un certain volume.

Les conséquences du traumatisme peuvent être parfois graves : la fragilité du muscle utérin peut favoriser sa rupture et la sortie du fœtus dans la cavité abdominale comme le fait a été signalé (THIEM). Une conséquence plus fréquente sera l'accouchement prématuré, soit que l'avortement se fasse sans accidents, presque physiologiquement, pourrait-on dire, soit qu'il s'accompagne d'une *hémorragie rétro placentaire* ou plutôt soit provoqué par elle.

369. — *L'influence du traumatisme sur l'accouchement prématuré* n'est pas niable, quoique certainement beaucoup moins fréquente qu'on ne le croit généralement dans le public. Non seulement un choc direct, mais encore une secousse portant sur tout le corps, une chute peuvent le provoquer. Il faut admettre d'ailleurs une susceptibilité individuelle particulière plus ou moins développée comme cause prédisposante. Pour que le traumatisme puisse être regardé avec quelque vraisemblance comme la cause de l'avortement, les premiers symptômes de celui-ci : hémorrhagie, douleurs, doivent s'être montrés immédiatement ou très rapidement après lui. Il y aura lieu d'éliminer au préalable toute cause pathologique : insertion vicieuse du placenta, syphilis, albuminurie, hydramnios, etc. et même l'avortement criminel auquel on devra également penser.

On a incriminé aussi comme cause d'accouchement prématuré une *influence morale* et en particulier une violente *frayeur*. Cette étiologie n'est rien moins que démontrée et devra toujours être considérée comme fort douteuse (THIEM, SCHRODER, etc.)

370. — *L'hémorrhagie rétro placentaire* qui peut être la cause de l'avortement reconnaît parfois une origine traumatique et mérite d'attirer l'attention car elle peut amener la mort rapide. Les dernières statistiques donnent encore une léthalité

d'environ 6,5 0/0 (1). Les conditions nécessaires pour admettre le rapport de cause à effet entre l'accident et l'hémorrhagie sont, outre l'absence de causes pathologiques: albuminurie, hydramnios, brièveté du cordon, etc., la localisation du trauma sur la paroi antérieure de l'abdomen, la violence de ce trauma, le peu d'intervalle entre l'accident et l'hémorrhagie.

En somme, le traumatisme doit être considéré comme une cause relativement rare de troubles causés à la gestation.

Ouvrages a consulter : Albarran. *Tr. de Chirurg.* de Le Dentu et Delbet. — Bidault. Th. Paris, 1893-94. — Arnould. Th. Paris, 1890-91. — Pfeiffer. Th. Leibniz, 1877. — Engel. Berlin. klin. Woch, 1903. — Dordonnat. Th. Paris, 1895-96. — Tuffier et Lévi. *Pre. méd.* 1895. — Canil. Th. Lyon, 1897-98. — Stern. — Thiem.

(1) Lelong. — *De l'hémorragie placentaire d'origine traumatique.* Th. Paris, 1901-02.

CHAPITRE IX

Maladies du système nerveux.

I

Maladies du cerveau et des méninges.

Considérations générales sur les traumatismes crâniens. — Troubles immédiatement consécutifs au traumatisme. — Accidents tardifs. — Leur étiologie : lésions cicatricielles, hémorrhagiques, inflammatoires,
a) Méningites. — Apparition précoce ou tardive.
b) Abcès cérébraux, — Date d'apparition. — Cause.
c) Hémorrhagies intra-crâniennes tardives. — Localisation. — Date d'apparition. — Cause.
d) Amnésie. — Caractères. — Expertise.
e) Porencéphalie.
f) Épilepsie. — Épilepsie jacksonienne et épilepsie vraie.
g) Paralysie générale.
h) Maladies mentales. — Statistique. — Opinions diverses. — Étiologie. — Expertise.

371. — Il n'est guère de traumatismes qui prêtent à plus de surprises que ceux intéressant la région crânienne, que le cerveau ait été ou non intéressé primitivement : il n'en est guère à réserver plus de difficultés dans l'expertise des affections qui leur sont rattachées à tort ou à raison par le blessé, et à donner plus fréquemment des démentis au praticien, dont le pronostic aura été trop affirmatif. On a vu des traumatismes extrêmement graves guérir sans laisser de traces (balle ayant traversé de part en part le cerveau par exemple) et d'autres qui s'annonçaient insignifiants aboutir à des infections incurables ou à la mort. Les *troubles immédiatement consécutifs au traumatisme :* choc violent sur le crâne ou simple contre-

coup par chute sur les pieds ou sur le siège, ne prêtent pas à difficulté la plupart du temps. Qu'il y ait simple *commotion cérébrale* en rapport avec des altérations transitoires des cellules nerveuses, et dont le tableau clinique est trop connu pour que nous le rappelions ici; qu'une fracture du crâne provoque par compression les troubles paralytiques ou convulsifs immédiats; que le traumatisme, même sans causer de fracture, provoque l'apparition d'une *hémiplégie*, d'une *monoplégie* ou d'une *aphasie* (1) ayant pour cause fréquente une hémorrhagie sous-méningée ou même intra-cérébrale, l'étiologie ne peut guère se discuter. L'autopsie, si on la pratiquait, pourrait seulement, en faisant connaître l'état des artères, montrer si l'hémorrhagie a causé la chute en provoquant la perte de connaissance ou si elle a bien été déterminée par l'accident.

372. — Il n'en est plus de même si le traumatisme a passé pour peu grave au premier abord; le blessé pourra s'être relevé presque de suite, avoir repris ses occupations ordinaires après un délai très court, parfois de quelques heures, et, plus tard, être frappé de troubles très intenses d'origine cérébrale. Ce ne sont pas là des faits rares ; Martial (2) dit que, 14 fois sur 47, l'*hémiplégie ne s'est montrée que tardivement*, après un intervalle variant entre 36 heures et 5 mois et même plus. Dans les 8/10 des cas, il n'y avait même pas eu perte de connaissance quoique l'accident parut des plus graves par l'intensité du choc. Dans un cas, l'autopsie, 11 jours après l'accident, montra une fracture à la base du crâne et l'ouvrier avait repris son travail après deux jours seulement de repos. Serre (3), Faguet (4) ont rassemblé un grand

(1) Amice. De l'aphasie traumatique. Th. Paris, 1897-98.

(2) De l'hémiplégie traumatique. Th. Paris, 1901-02.

(3) Contrib. à l'étude des traumatismes crâniens. Th. Toulouse, 1901-02.

(4) Des troubles moteurs consécutifs aux traumatismes anciens du crâne. Th. Bordeaux, 1892-93.

nombre d'observations où un traumatisme crânien n'a été suivi de symptômes graves qu'à très longue échéance. En suivant la classification de Faguet, on peut ranger en trois classes les causes possibles de ces phénomènes tardifs. Certains sont dus à des lésions qu'on pourrait appeler *cicatricielles* : il y a une esquille osseuse, un enfoncement, une dépression de la boîte crânienne ; il s'est formé une exostose, une hyperostose ; ou encore dans la fente osseuse il y a eu pincement, enclavement de la dure mère et tiraillement consécutif qui suffit pour expliquer des phénomènes convulsifs ; quelquefois, on trouve au niveau des méninges de petits kystes à contenu séreux ou hémorrhagique (1). Moins fréquemment, on se trouve en présence d'*hémorrhagies* siégeant le plus souvent entre la dure mère et le crâne, quelquefois d'origine arachnoïdienne ou sous-piemérienne. Enfin, il pourra exister des *lésions inflammatoires* extra ou intra-cérébrales. Nous avons laissé de côté les *tumeurs* : gliomes, sarcomes, etc. dont les relations avec le traumatisme ont été traitées antérieurement. Un point intéressant commun à tous ces troubles traumatiques c'est que les lésions peuvent être précoces et les symptômes parfois tardifs ; un dépôt purulent ou hémorrhagique, un corps étranger d'origine organique ou inorganique peut pendant longtemps être toléré sans aucune réaction de la part des centres nerveux et tout à coup, trahir sa présence par une crise convulsive sous l'influence d'une cause ignorée.

Nous étudierons plus spécialement certains processus pathologiques liés aux traumatismes crâniens.

a) *Méningites.*

373 — La question de la méningite tuberculeuse post-traumatique a été traitée au chapitre de la tuberculose. Les méningites qui suivent les fractures du crâne constituent un des dangers les plus graves de ces lésions, mais ne présentent

---

(1) Villar. Cong. chir. 1903. — Serre. Loc. citat.

pas de difficultés d'interprétation. Il en est tout autrement des méningites se montrant sans qu'il y ait eu fracture ni même aucune solution de continuité des téguments. Le diagnostic sera encore plus délicat si l'apparition de la méningite est tardive, plusieurs années après le traumatisme, comme Faguet en a relaté quelques observations. Les commémoratifs précis sur le traumatisme et sur sa violence, la localisation habituelle au niveau du point frappé, l'absence de toute autre cause d'infection méningée pourront permettre de conclure en faveur de la grande probabilité de l'étiologie traumatique.

b) *Abcès cérébraux.*

374. — A la méningite, se joint toujours un certain degré de réaction inflammatoire du cerveau : il s'agit d'une méningo-encéphalite. Mais on peut observer aussi de véritable abcès intracérébraux, tantôt *précoces*, liés à des fêlures du crâne, tantôt au contraire *très éloignés :* de deux semaines à 10 ans plus tard. La *cause* peut parfois être un corps étranger : balle, instrument piquant, etc. comme dans le cas de Dupuytren où la pointe d'un couteau restée dans la plaie avait été tolérée dix ans sans troubles réactionnels. L'origine pourra être plus indirecte : le blessé de Vignard avait présenté, quatre ans après l'accident, un abcès cérébral, occasionné par une ostéite suppurée du crâne (1). D'autres fois, au contraire, rien ne peut expliquer la formation de l'abcès ou la longue tolérance de l'organisme. Parfois, d'ailleurs, un abcès de petit volume peut s'enkyster et n'être qu'une trouvaille d'autopsie. La présence d'un abcès pourra même n'être pas soupçonnée. Alba Carreras (2) a observé un cas de mort subite où l'autopsie démontra la présence d'un vaste foyer de suppuration dans le lobe temporal gauche, en rapport avec un coup de couteau reçu quinze jours auparavant et n'ayant pas empêché la reprise du travail.

(1) *Gaz. méd. Nantes*, 1899.
(2) *Rev. soc. méd.Argentine*,1902, anal. *in Sem.méd.*, 1902, p. 326.

375. — Raffaele fait une remarque qui peut dans certains cas avoir son intérêt pour rattacher ou non un abcès cérébral à un traumatisme ; il croit que la présence d'une membrane enveloppant l'abcès indique une origine remontant au moins à sept semaines. Le plus souvent ce criterium n'aura pas son application et on devra établir le diagnostic étiologique sur les mêmes bases que celui de la méningite.

c) *Hémorrhagies intra-crâniennes tardives.*

376. — Elles peuvent être *méningées* ou *cérébrales* proprement dites. Des lésions anciennes des méninges et en particulier la pachyméningite peuvent singulièrement favoriser la production des premières (1). Les sinus ne sont guère touchés en dehors des fractures du crâne et l'hémorrhagie est immédiate. *La rupture de l'artère méningée moyenne* (2) peut au contraire exister sans fracture du crâne et ne se produit quelquefois que 8 à 11 jours après le traumatisme. Après une période de stupeur, on assiste à une paralysie généralement à type hémiplégique, s'établissant progressivement en quelques heures. L'évolution naturelle tend vers la mort. Si le diagnostic a été fait rapidement, une intervention chirurgicale peut sauver le malade. A l'autopsie, on constatera la lésion. Pour la rattacher à l'accident, il faudra que celui-ci ait consisté en un choc sur la région fronto-pariétale, choc dont la violence n'a pas besoin d'être très grande, surtout chez les sujets jeunes, à cause de la minceur des os ; une simple gifle a pu suffire dans ces conditions (Falk).

377. — L'existence des *hémorrhagies cérébrales tardives* est fort discutée. Thiem en cite cinq cas empruntés à Bollinger et Michel où l'hémorrhagie se produisit : 3, 8, 9,

(1) Pierre. Diagnostic clinique des épanchements sanguins intra-crâniens. Th. Lyon, 1899-00.

(2) Hovnanian. Rupture de l'artère méningée moyenne sans fracture du crâne. Th. Paris, 1901-02.

20, et 52 jours après le traumatisme. L'explication de ces faits serait dans une thrombose des capillaires avec formation d'un foyer de ramollissement et hémorrhagie secondaire (Trousseau). On comprend combien la détermination exacte de la cause est difficile au fur et à mesure qu'on s'éloigne du moment de l'accident. Une discussion à la Société de Médecine interne de Berlin (novembre et décembre 1902) a montré combien peu démonstratifs sont les signes qu'on a proposés pour reconnaître l'origine traumatique. Il ressort en tout cas de cette discussion que l'on doit être très circonspect dans l'affirmation de l'origine d'une hémorrhagie cérébrale, lorsqu'il s'agira d'un individu prédisposé (artério-scléreux, syphilitique, etc.) Dans ce cas surtout, s'il n'y a pas eu traumatisme intense et s'il s'est écoulé un long intervalle depuis l'accident, on ne pourra rien affirmer.

d) *Amnésie.*

378. — *L'amnésie* (1) peut se montrer à la suite d'un traumatisme portant sur le crâne; elle peut être aussi consécutive à une submersion; on l'a vue suivre une intoxication aiguë; enfin, elle peut succéder à un traumatisme intéressant un point quelconque du corps et ayant occasionné une grande frayeur. Dans ce dernier cas, elle est en rapport le plus souvent avec l'hystérie. Elle n'offre guère de difficultés de diagnostic. Elle se montre subitement, intéresse toujours l'accident lui même et, le plus souvent est *rétrograde*, c'est-à-dire qu'elle porte uniquement sur une période *passée* plus ou moins longue. Son pronostic est généralement bon. Cependant, dans un cas de Descoust, (cité par Lacombe) l'amnésie durait encore, complète, au bout de trois ans.

379. — L'expert aura à déterminer, et la chose ne sera

(1) Benoit. Des amnésies traumatiques. Th. Lyon, 1898-99. — Lacombe. Des principales formes d'amnésie et plus particulièrement de l'amnésie traumatique envisagée au point de vue médico-légal. Th. Paris, 1902-03.

pas toujours facile, s'il y a bien amnésie, si la cause de cette amnésie est l'accident ou si au contraire elle n'est que la manifestation d'une maladie préexistante : épilepsie larvée, intoxication, paralysie générale au début, qui aurait provoqué une chute accidentelle.

La simulation est rare. On a fait remarquer que l'amnésique vrai est plutôt un résigné, un triste, tandis que le simulateur réclame une indemnité immédiatement après l'accident, exagère son défaut de mémoire. Un interrogatoire serré et prolongé prendra toujours en faute le simulateur.

Il y aura un gros intérêt à déterminer l'étendue de l'amnésie : on comprend la différence qu'il y a entre une amnésie portant par exemple seulement sur les noms propres ou n'embrassant qu'une période de quelques heures et celle qui met le blessé dans la nécessité de refaire un nouvel apprentissage.

e) *Porencéphalie.*

380. — La *porencéphalie* ne sera que très rarement le résultat d'un accident du travail. Dans les onze observations recueillies par Landouzy et Labbé (1), il ne s'agissait que deux fois d'un adulte. Dans les deux cas, il y avait fracture du crâne semblant guérie. Les symptômes peuvent être tardifs, ne se montrer que plusieurs années après le traumatisme : ils consistent en épilepsie, hémiplégie, troubles mentaux. Le siège de la porencéphalie sera toujours en relation directe avec le point atteint par le traumatisme.

f) *Épilepsie.*

381. — En dehors des crises convulsives en relation avec l'excitation de l'écorce cérébrale par une esquille osseuse, un abcès, en un mot, une lésion matérielle quelconque :

(1) *Pre. méd.*,1899, n° 66.

accès *d'épilepsie jacksonnienne*, dont l'apparition peut être fort tardive, on peut aussi être appelé à considérer *l'épilepsie vraie*, l'épilepsie névrose comme la suite d'un accident du travail, soit que le traumatisme ait frappé la tête sans provoquer de lésions apparentes, soit qu'une autre partie du corps ait été intéressée, soit enfin qu'il y ait eu simple commotion morale. Les relevés du service sanitaire de l'armée allemande mentionnent 200 cas ayant cette étiologie, à la suite de la guerre de 1870-71 (THIEM). Le pronostic de cette épilepsie est plus grave que celui de l'épilepsie jacksonnienne qu'une opération peut souvent faire disparaître en enlevant la cause provocatrice de l'excitation cérébrale.

382. — La responsabilité patronale s'établira en tenant compte des tares nerveuses de l'intéressé et de la violence du traumatisme physique ou moral. On ne pourra considérer comme provoquée par l'accident que l'épilepsie qui se sera montrée immédiatement après lui, sans qu'aucune attaque antérieure, *même légère*, ne puisse être relevée. On pensera surtout aux *formes larvées* dans l'interrogatoire du sujet. On devra toujours considérer que l'hérédité, l'alcoolisme, etc, jouent le plus grand rôle dans l'éclosion des accidents. Le cerveau était déjà d'une irritabilité excessive; le choc moral ou physique n'a fait que mettre en jeu cette excitabilité.

g) *Paralysie générale.*

383. — Malgré que l'origine traumatique de la paralysie générale ait été admise par certains auteurs et, en particulier, par VALLON, qui lui a consacré sa thèse inaugurale (1), il semble bien difficile d'accepter cette étiologie. VALLON pense que les traumatismes crâniens peuvent avoir une action à longue échéance, ou au contraire presque immédiate; il range ainsi sous la même dénomination de paralysies

---

(1) La paralysie générale et le traumatisme dans leurs rapports réciproques. Th. Paris, 1882.

générales traumatiques, des paralysies générales à début séparé par plusieurs années de l'accident en cause, et d'autres s'étant au contraire manifestées par un ictus dès le lendemain du trauma.

Actuellement on considère la paralysie générale en rapport constant avec la syphilis; c'est du moins l'opinion la plus accréditée. Les relevés statistiques montrent que 80 fois sur cent cette infection est certaine dans les antécédents des paralytiques généraux (1) et ce que nous savons du nombre des syphilis méconnues permet de conclure à son existence probable dans les cas où elle est niée. Nous ne pouvons donc accorder au traumatisme qu'une influence tout à fait minime et secondaire; il ne peut que hâter la première manifestation de la maladie. Encore ne devra t on conclure en ce sens, que si les accidents se sont montrés très rapidement après un trauma d'une certaine intensité ayant porté sur la région crânienne. De plus, une critique sévère de toutes les manifestations intellectuelles et morales du malade, dévoilera souvent un incident morbide antérieur à l'accident. Celui-ci pourra parfois être non la cause, mais le résultat de la maladie, qui aura provoqué un ictus pendant le travail.

h) *Maladies mentales.*

384. — Les statistiques de dix années, dressées en Allemagne, portant sur un total de 18.606 individus atteints de troubles mentaux montrent les traumatismes crâniens dans les antécédents des aliénés dans une proportion de 2. 50 0 (THIEM). C'est à peu près le chiffre de BEKHOLM, sur un nombre considérable de malades (2). C'est dire que dans bien peu de cas on aura à discuter cette étiologie. Pour certains auteurs d'ailleurs, le traumatisme n'est qu'une cause occasionnelle.

(1) BOYER. Nouvelles recherches sur l'étiologie de la paralysie générale. Th. Bordeaux, 1899-00.

(2) Maladies mentales d'origine traumatique. Th. Paris, 1895-96.

Pour Joffroy, la tare héréditaire du sujet joue le rôle de beaucoup le plus important : souvent les troubles mentaux ont précédé le traumatisme et quelquefois même l'ont causé. Pour Ball, le trauma signifie si peu de chose qu'il peut n'être que très léger et être suivi pourtant de troubles graves : « l'arme est chargée, le coup part. » Les médecins allemands attachent en général plus d'importance à l'action du traumatisme et le croient de nature à faire naître les psychoses. (Krafft-Ebbing, Griesinger, Thiem, Leppmann, etc.) On ne voit pas l'impossibilité de lésions des cellules cérébrales, échappant encore à nos investigations microscopiques, mais en troublant profondément le fonctionnement. Cornil a constaté dans les traumatismes violents de très petites hémorrhagies cérébrales, lésions diffuses qui pourraient bien être la cause des troubles mentaux.

On a voulu distinguer les cas où le trauma ne fait que préparer le terrain à une psychose ultérieure, de ceux où la psychose est bien fonction du choc lui-même (1). Les premiers sont d'une appréciation bien difficile et apparaissent vraiment trop obscurs encore dans l'état actuel de nos connaissances.

385. — La cause invoquée sera toujours un *traumatisme ayant intéressé la région crânienne*; on a cependant aussi signalé l'*insolation* comme pouvant provoquer les troubles mentaux.

L'intervalle qui a séparé l'accident de l'apparition nette de la psychose confirmée est variable : depuis quelques mois jusqu'à plusieurs années (23 ans dans un cas de Krafft-Ebbing). Toutes les différentes formes d'aliénation peuvent se montrer.

386. — Pour admettre qu'une maladie mentale est la conséquence d'un traumatisme, il faudra d'abord se livrer à l'étude des antécédents tant personnels que familiaux. Tel

(1) Marie et Picqué. Cong. méd. alien. et neurol., 1902.

individu peut être sur les confins de la folie et le traumatisme ne sera pour lui qu'une occasion d'y entrer. L'alcoolisme, la syphilis seront recherchés avec soin. Si les troubles mentaux n'ont pas apparu aussitôt après l'accident, il faudra trouver des symptômes d'irritation cérébrale, les reliant à l'accident initial : maux de tête, vertiges, bourdonnements d'oreille continuels ou intermittents, etc (Beckholm). Enfin l'examen des troubles caractéristiques en présence desquels on se trouvera aideront encore à étayer la conviction. On a noté presque toujours un changement du caractère qui devient irritable ; les accès de colère sont fréquents ; la volonté est amoindrie ; l'intelligence, diminuée ; il y a de l'amnésie ; les hallucinations sont fréquentes, surtout celles de la vue. La tendance à la dipsomanie est assez souvent caractéristique (Vallon) (1). Vibert croit que, d'une façon générale, chez les adultes, c'est surtout l'intelligence qui est atteinte, tandis que chez les jeunes sujets c'est le sens moral qui est le plus touché.

En somme, l'expertise de ces cas sera le plus souvent d'une grande difficulté et demandera toujours un examen prolongé du malade (2). On ne pourra affirmer bien souvent la certitude des conclusions que l'on sera amené à considérer comme probables. Aussi voit-on certains tribunaux, comme le Tribunal de la Seine (9 nov. 1900), la Cour de Bourges (4 nov. 1900), dans des cas d'aliénation mentale, refuser l'expertise pour le motif que les hommes de l'art ne pourraient se livrer qu'à de simples conjectures.

---

(1) Soc. méd. lég., 10 fév. 1896.

(2) Cf. Meyssan. Les psychoses traumatiques. Th. Bordeaux, 1898-99.

II

Maladies de la moelle.

Généralités sur les traumatismes médullaires. — Commotion médullaire. — Compression brusque de la moelle.
a) Myélite.
b) Poliomyélite antérieure chronique, atrophie musculaire progressive. — Fréquence. — Causes. — Pathogénie.
c) Tabes. — Historique. — Etiologie. — Date d'apparition. — Siège du trauma. — Marche. — Symptomatologie. — Discussion. — Aggravation d'un tabes préexistant.
d) Syringomyélie. — Étiologie. — Lésions anatomiques. — Symptomatologie. — Date d'apparition. — Expertise. — Aggravation possible. — Syringomyélie après un trauma périphérique.
e) Hématomyélie.
f) Paralysie spinale spasmodique.
g) Sclérose latérale amyotrophique.
h) Sclérose en plaques. — Causes. — Discussion.
i) Paralysie agitante. — Statistique. — Etiologie. — Début. — Discussion.

327. — La moelle peut, dans les traumatismes, être touchée soit directement soit indirectement. Il peut y avoir *commotion médullaire* par choc sur la colonne vertébrale, ou, plus souvent encore, par chute sur les pieds, les genoux, le siège. Ces faits sont identiques à ceux que nous avons déjà notés dans la pathologie traumatique du cerveau. Après les premiers symptômes, de peu de durée généralement et de gravité plus ou moins grande, tout rentre dans l'ordre le plus souvent. Cependant, si les lésions ont été plus accentuées, certains troubles peuvent persister pendant une période de temps variable. Parfois même, la mort suivra rapidement. On peut, en somme, observer tous les degrés de gravité. Ce qui rend facile le diagnostic et ne permet pas l'erreur, c'est la continuité des symptômes. Depuis l'instant de l'accident, qui a frappé le patient et l'a laissé plus ou moins touché dans sa motilité, sa sensibilité, sa vaso-motricité, on peut assister à une amélioration progressive, mais il n'y a pas, un seul moment, disparition complète des troubles médullaires.

388. — Les *compressions brusques de la moelle* dans les fractures ou luxations de la colonne vertébrale, les compressions rapides dans les hémorrhagies intrarachidiennes, ne donnent pas davantage lieu à discussion et ne nous arrêteront donc pas.

Le traumatisme peut encore agir sur la moelle secondairement, par exemple en causant le développement d'un *mal de* Pott, qui amènera la compression lente de l'organe.

389. — Les faits plus difficiles d'interprétation sont ceux où, longtemps après un traumatisme plus ou moins violent, on assiste à l'évolution d'une affection systématisée ou non. Il semble bien probable qu'une fragilité particulière de la cellule nerveuse constitue la part la plus importante dans l'étiologie de ces états médullaires comme dans celle de la plupart des affections cérébrales post traumatiques. Tous les auteurs sont actuellement d'accord sur la prédisposition évidente présentée par certains sujets sur le rôle de la tare individuelle dans l'éclosion des troubles nerveux, quelle que soit l'origine de ceux ci. La véritable cause peut être une intoxication microbienne ou inorganique; elle ne viendra frapper le système nerveux, que si celui ci offre une réceptivité particulière. De même, l'action mécanique ne causerait que des troubles souvent passagers si elle n'avait produit son action chez un individu prédisposé; « cependant le traumatisme semble avoir mis en branle un processus morbide qui jusque là était resté latent. » (Déjerine et Thomas) (1).

a) *Myélite.*

390. — Les rapports du traumatisme avec la myélite sont ceux du traumatisme et de l'inflammation en général : les parties contuses présentent moins de résistance à l'infection microbienne. Le *froid* peut agir de la même façon et, après un refroidissement brusque, après une chute à l'eau par exemple, on pourrait observer des myélites aiguës.

(1) Art. Maladies de la moelle, *in Tr. de Méd.* Brouardel et Gilbert.

GOLDBERG (1) a réuni plusieurs cas de myélite traumatique. La caractéristique de ces faits est de débuter très rapidement après l'accident en cause, que cet accident ait provoqué une contusion directe de la moelle ou un ébranlement général. En dehors de la réalité du traumatisme on devra s'assurer de l'absence d'une maladie infectieuse en évolution, pouvant expliquer la lésion médullaire. Dans les cas à début tardif, GOLDBERG croit qu'il n'y a pas lieu d'incriminer le traumatisme.

b) *Poliomyélite antérieure chronique; atrophie musculaire progressive.*

391. — On ne trouve rapportés que peu de cas où une poliomyélite chronique a succédé à un traumatisme. THIEM en cite un d'observation personnelle et en passe en revue une dizaine d'autres empruntés à divers auteurs, et en particulier deux appartenant à ERB, que SACHS et FREUND (2) ne considèrent pas comme typiques. Dans la thèse de Mlle LISTCHINE (3), on trouve un fait inédit et deux autres qui ne sont pas cités dans les précédents auteurs.

Les *causes* indiquées sont les chocs sur la colonne vertébrale, la chute sur les talons ou sur le siège, un coup violent sur la tête, un effort brusque au moment de tomber en arrière, effort s'étant accompagné d'une douleur très vive dans la colonne vertébrale; quelquefois, au lieu d'un traumatisme central, on ne trouve dans les antécédents que la blessure d'un membre : fracture ou, plus souvent, simple contusion, assez violente cependant.

392. — La *pathogénie* diffère naturellement dans les deux ordres de faits; lorsque la moelle a subi une forte commotion,

(1) Aertz. Sach. Zeit. 1898, n° 10.

(2) *Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfallen.* Berlin, 1898.

(3) Traumatisme comme cause occasionnelle de l'atrophie musculaire progressive, type ARAN DUCHENNE. Th. Paris, 1898-99.

on peut admettre qu'il y a eu dérangement de la structure moléculaire des cellules des cornes antérieures. Si le traumatisme a été périphérique, il faut faire intervenir une névrite ascendante, comme intermédiaire entre la lésion du membre blessé et la lésion médullaire. Les nerfs touchés dégénéreraient plus ou moins rapidement et lorsque la dégénérescence ascendante aurait atteint la moelle épinière, celle-ci à son tour, présenterait des lésions qui, peu à peu, s'étendraient anatomiquement et se répercuteraient physiologiquement sur les muscles par les troubles trophiques.

Toute séduisante que soit cette théorie, il faut avouer que bien des faits rapportés manquent de la démonstration anatomo-pathologique. Aussi certains auteurs refusent-ils d'admettre l'origine traumatique de l'atrophie musculaire progressive. SACHS et FREUND, en particulier, croient que le traumatisme ne fait que dévoiler, ou, dans quelques cas, aggraver une lésion déjà existante.

Quoiqu'il en soit, pour pouvoir admettre que le traumatisme soit en cause, il faut qu'il se soit écoulé un certain temps depuis l'accident, qu'il y ait eu au moins une continuité des troubles, soit de motilité, soit de sensibilité, indice de la névrite ascendante. C'est dire que l'atrophie musculaire devra toujours débuter par le membre blessé. Nous n'insisterons pas sur l'élimination de toute autre cause, qui aura dû être faite au préalable. Il est d'ailleurs impossible de se baser sur le temps écoulé depuis l'accident, puisqu'on a signalé des intervalles variant entre quinze jours et trois ans.

c) *Tabes.*

393. — L'histoire du tabes traumatique est de date toute récente. Sauf les travaux de PETIT (1), de STRAUS (2), de SPILMANN et PARISOT (3) il faut arriver aux dernières années

(1) *Rev. méd. et chir.*, 1879.
(2) *Arch. physiol.*, 1885.
(3) *Rev. méd.*, 1888.

pour trouver des travaux français sur la question. La littérature allemande est un peu plus riche, la loi plus ancienne sur les accidents ayant appelé plus vite l'attention sur les complications possibles des traumatismes.

Ce n'est pas que les auteurs de traités classiques ne mentionnent ordinairement le traumatisme comme une cause possible de développement du tabes, mais ils le font accidentellement, sans discussion. Deux thèses très récentes, celle de Donet (1), celle de Gauraud (2) se prononcent nettement pour l'influence possible d'une blessure périphérique ou centrale sur l'apparition ultérieure du tabes. Nous verrons ce qu'il faut penser de cette opinion, mais il convient d'exposer tout d'abord ce qui caractérise le tabes traumatique pour les auteurs qui l'admettent.

394. — Le trauma qui donne naissance à cette affection peut être *central* ou *périphérique*. Certains médecins rejettent d'emblée cette dernière origine. Ainsi Gnauck (3) n'admet que les traumatismes ayant porté sur la colonne dorsale; Laehr (cité par Becker) est de cet avis; cette opinion n'est d'ailleurs pas d'accord avec la plupart des observations citées. Ainsi, dans la thèse de Donet, sur les 48 cas recueillis, on n'en trouve que 7 ou 8 au plus dans lesquels la région dorsale fut plus ou moins touchée. L'influence des lésions périphériques est acceptée par presque tous ceux qui ont admis le tabes traumatique lui même.

Le traumatisme initial est généralement assez violent : une fracture le plus souvent, parfois seulement une contusion, mais *il est exceptionnel que cette contusion n'ait pas été grave, n'ait pas entraîné un repos prolongé*, et c'est là, croyons-nous, un fait assez digne de remarque. Dans une observation de Lécorché et Talamon nous trouvons bien à l'origine une blessure très légère de la plante du pied, mais le malade

(1) Th. Nancy, 1900-01.
(2) Th. Bordeaux, 1901-02.
(3) *Soc. méd. int.* Berlin, 30 janvier 1899.

était manifestement déjà en puissance de tabes, d'origine syphilitique.

395. — La *date d'apparition* des premiers symptômes est variable. Nous ne parlons pas de l'un des malades cités par GAURAUD où les troubles de la miction se montraient dès le cinquième jour; nous aurons à revenir sur ce cas. Il y a lieu aussi de rejeter les observations de STRAUS, où 3 ans 1/2 séparaient une contusion du coude droit de l'apparition du tabes, celle de SADLER, où il s'écoula 12 ans entre une plaie cutanée et les premiers symptômes de l'affection nerveuse, de même celles d'EDWARDS et de VULPIAN dans lesquelles le tabes ne fut constaté respectivement que 12 et 22 ans après l'accident. Il est impossible d'établir dans ces différents cas une relation précise entre le traumatisme et l'affection nerveuse observée. Ces faits sont d'ailleurs en contradiction avec tous les autres rencontrés : on peut dire que l'apparition du tabes a toujours lieu dans la première année qui suit le traumatisme, après une période pouvant varier entre quelques semaines et 12 mois. GNAUCK n'admet qu'un délai de trois mois.

396. — On a voulu prétendre que le *siège du trauma* avait une influence très nette sur la localisation des premiers symptômes tabétiques. STRAUS, SPILMANN et PARISOT, DONET, KLEMPERER, BECKER sont nettement de cet avis; la statistique de la thèse de DONET est en faveur de cette opinion. KLEMPERER, qui est peut-être le seul auteur allemand admettant sans restriction le tabes traumatique, considère ce fait comme tellement établi qu'il en fait la base des expertises médicales concernant les accidents du travail. Le début se fera le plus souvent par des phénomènns douloureux, siégeant soit dans le membre, soit dans la partie du tronc qui aura supporté le traumatisme.

Nous ne trouvons rien de particulier à noter sur la *marche* et la *symptomatologie* du tabes rapporté à une origine traumatique. Constamment son évolution a été classique et,

d'après toutes les observations, sa gravité ne paraît ni plus ni moins grande que dans les autres cas.

397. — En résumé, d'après les auteurs admettant l'origine traumatique du tabes, pour pouvoir conclure en faveur de cette étiologie, il faut, avec l'absence de toute autre cause et de la syphilis en particulier, la constatation d'un traumatisme important, l'apparition des premiers symptômes dans un délai moindre qu'un an et leur localisation dans la partie blessée ; de plus, TROMMER exige qu'il y ait eu continuité dans les symptômes douloureux depuis le moment de la blessure jusqu'à l'apparition des symptômes tabétiques.

398. — Même avec ces réserves, le tabes traumatique compte peu de partisans. Si RAYMOND et DIEULAFOY semblent l'admettre, MARIE n'y croit pas ; DÉJERINE et THOMAS le rejettent formellement. En Allemagne, TROMMER, BECKER, KALISCHER, WINDSCHEID, SACHS et FREUND combattent l'opinion de KLEMPERER, de LEYDEN, partisans de l'origine traumatique possible. Ceux mêmes qui ne dénient pas une action quelconque au traumatisme invoquent la prédisposition particulière, les antécédents familiaux comme facteurs adjuvants. Évidemment, étant donné le petit nombre de cas de tabes relativement à celui des traumatismes, il faut bien admettre que le blessé qui devient tabétique se trouve dans des conditions particulières de réaction vitale, mais nous croyons que ce n'est pas aller assez loin.

Les lésions anatomiques du tabes si nettement systématisées, les localisations initiales des altérations du système nerveux, jamais signalées jusqu'ici dans les nerfs périphériques, devaient *a priori* faire fortement douter de l'étiologie traumatique. Selon la remarque de SACHS et FREUND, il existe d'autres lésions irritatives des nerfs périphériques que le trauma ; comment donc n'a-t-on jamais constaté à leur suite un tabes nettement confirmé ? On nous parle de névrite ascendante, mais on ne l'a pas prouvée anatomiquement ? HITZIG n'a jamais trouvé cette névrite invoquée sans preuves

par KLEMPERER. A son tour il apporte une explication : il croit qu'il y a au niveau du point blessé formation de toxines versées dans le torrent circulatoire et allant porter au loin leurs ravages. L'hypothèse est ingénieuse, elle n'a que le tort d'être une hypothèse, et nous ne pouvons nous en contenter.

399. — L'idée de l'origine syphilitique du tabes a fait des progrès en ces dernières années et est admise actuellement par presque tous les auteurs tant syphiligraphes que neurologistes. Dans plus de 90 0/0 des cas on peut nettement déceler la syphilis causale. Dans les autres cas la tendance actuelle est d'admettre la syphilis comme fort probable quoique non démontrée

Il est un fait bien intéressant à ce propos, c'est qu'au fur et à mesure qu'on a appris à mieux connaître la syphilis, on a reconnu sa plus grande fréquence comme cause du tabes. Dans la pratique ordinaire, on peut dire que l'on s'en tient à cette opinion et que tout tabétique est considéré comme un syphilitique. Aucun médecin n'ignore, d'ailleurs, combien il est souvent difficile de retrouver l'origine d'une syphilis niée de bonne foi et dont l'existence est pourtant nettement prouvée par l'action du traitement.

400. — Si aucun raisonnement ne peut tenir devant les faits, aucun de ceux invoqués par les partisans de l'origine traumatique ne sont absolument démonstratifs.

Il faut éliminer tout d'abord tous les cas où la syphilis a été relevée dans les antécédents du blessé; dans plusieurs observations aussi on voit très nettement que le tabes préexistait à l'accident (1); dans bien des cas, les antécédents n'ont pas été recherchés avec soin, et ceci est particulier surtout aux observations de date un peu ancienne, alors que la syphilis était plus malaisément dépistée que maintenant. Bref HITZIG (cité par BECKER), partisan pourtant de l'étiologie traumatique du tabes n'a réuni que 59 cas où le traumatisme

(1) Obs. XXVI, thèse de GAURAUD, par exemple.

pouvait avoir joué un rôle étiologique; sur ces 59 cas, après avoir éliminé ceux dont le diagnostic est discutable, ceux qui préexistaient à l'accident, ceux qui reconnaissent d'autres causes, il arrive à n'en garder que 11, et encore plusieurs de ceux-ci n'entraînent pas à son avis la conviction.

Nous venons de parler des cas où le diagnostic est discutable; en effet il semble qu'on ait rangé sous la dénomination de tabes certains troubles médullaires pouvant simuler cette affection. Ainsi le malade faisant l'objet de l'observation XXV de la thèse de GAURAUD, qui tombe d'un train en marche, perd connaissance et, cinq jours après, présente des troubles de la miction, paraît bien avoir eu une lésion médullaire, un pseudo-tabes si l'on veut, mais il semble téméraire de le dire tabétique.

Nombreux doivent être aussi les cas préexistant à l'accident Le tabes est une maladie à évolution généralement lente. Le diagnostic au début est souvent si difficile que les auteurs qui décrivent cette phase de la maladie s'attachent à multiplier les signes qui permettront de préciser le diagnostic. Bien souvent le malade lui-même ignore une affection qui ne l'empêche pas de vaquer à ses occupations et pourtant déjà il y a des troubles sérieux. On a vu des lésions articulaires trophiques graves se produire chez des tabétiques faisant leur travail habituel. On peut bien admettre que l'accident est parfois non la cause, mais le résultat du tabes, et nous ne parlons pas ici de cette fragilité particulière des os, si particulière aux diabétiques qui rend funeste pour eux un choc insignifiant pour un individu sain, mais un très léger trouble de coordination des mouvements peut provoquer un faux pas, une chute.

401. — On peut nous objecter que ce ne sont là aussi qu'hypothèses; mais une hypothèse, qui s'appuie par analogie sur la presque totalité des cas observés, mérite d'être prise en considération. Nous ne voulons pas affirmer que le tabes n'est jamais d'origine traumatique, nous ne dirons même pas avec SACHS ET FREUND que chez un homme bien portant

et non prédisposé en particulier par la syphilis, le tabes ne se développe *jamais* à la suite d'un accident, que celui-ci soit léger ou grave, qu'il ait touché la colonne dorsale ou les nerfs périphériques. Mais nous concluerons que *l'origine traumatique du tabes n'est pas encore scientifiquement démontrée.* (1) C'est renverser le problème que de demander, comme le fait LEYDEN, la preuve de la non-relation de la maladie avec l'accident antérieur.

402. — Si l'origine traumatique du tabes n'est pas prouvée, peut-on admettre tout au moins qu'il y a aggravation d'un tabes préexistant par le traumatisme? Ici, presque tous les auteurs sont d'accord pour admettre l'affirmative. Dans beaucoup d'observations, on relève ce fait que l'apparition des premiers symptômes a suivi de près le moment où le blessé a quitté le lit; l'immobilité prolongée du membre atteint par le traumatisme a bien pu contribuer à accentuer les troubles d'incoordination. Chez un individu sain, on voit le plus souvent une plus grande inhabileté persister longtemps dans les organes traumatisés. Il semblerait donc étonnant qu'il n'en fût pas de même, *a fortiori*, chez un individu au début de l'ataxie locomotrice. La lecture des observations montre de plus, que, souvent, la marche des symptômes est plus rapide dans les mois qui suivent l'accident, alors que ces symptômes étaient à peine décelables auparavant, ou même passaient inaperçus. Il est juste d'ailleurs de faire remarquer que, sauf cette aggravation passagère, la maladie semble plus tard suivre son évolution naturelle.

Si l'on ne peut admettre que le traumatisme ait engendré un tabes, on pourra, au contraire, penser qu'il a été une *cause d'aggravation* plus ou moins sérieuse lorsque, dans les quelques mois, au plus tard dans l'année qui a suivi l'accident, il y aura eu des troubles notables, à point de départ, le plus ordinairement, dans la région blessée. Nous examine-

(1) Cf. LICHTE. Th. Berlin, 1903.

rons dans la troisième partie, quelle estimation on peut faire de ces troubles.

d) *Syringomyélie.*

403. — L'étiologie traumatique de la syringomyélie est une question très discutée par les neurologistes. Tandis que certains l'admettent sans aucune restriction, les autres croient que le traumatisme n'a fait qu'aggraver un état préexistant ou qu'il y a simple coïncidence entre le trauma et l'apparition des premiers symptômes de l'affection médullaire. On trouve, soutenant les idées les plus opposées sur le point en litige, les neurophathologistes les plus éminents. Ce qu'il faudrait pour trancher la question, c'est la reproduction expérimentale des lésions anatomiques caractéristiques; elle n'a pu encore être obtenue.

Il n'y a peut être au fond qu'une question de mots, comme le font remarquer Sachs et Freund (1), et si le traumatisme ne peut provoquer une syringomyélie vraie, il peut être cause de l'apparition d'un syndrome syringomyélique ne pouvant se distinguer cliniquement de celle-ci. C'est qu'ici, comme dans toute la pathologie du système nerveux, au point de vue symptomatologique, la lésion n'est rien, la localisation est tout.

404. — Le traumatisme en cause est une *contusion de la moelle épinière* provoquée par choc direct de la colonne vertébrale ou une *commotion médullaire* par chute sur les pieds, par ébranlement général. Il peut y avoir luxation ou fracture de la colonne vertébrale, mais souvent le traumatisme est moins intense.

A quelles lésions anatomiques correspond le trauma : y a-t-il épanchement sanguin au centre de la moelle? petits foyers de ramollissement par thrombose des capillaires? préexistait-

(1) Die Erkrankungen des Nervensystems nach Unfallen. Berlin, 1899.

il un gliome dont le traumatisme a activé la marche (1)? Toutes ces hypothèses sont vraisemblables; peut être même chacune d'elles est elle réalisée dans un cas donné, mais la preuve n'en est pas faite.

405. — Après une première période de troubles médullaires tout peut rentrer dans l'ordre, ou à peu près. Il persistera pourtant assez souvent une douleur au point traumatisé, spontanée ou réveillée par la pression. Parfois, il restera de la faiblesse dans un des membres supérieurs. Puis, au bout d'un temps variable, le patient s'apercevra de l'amaigrissement d'une main : il se formera peu à peu une atrophie des différentes masses musculaires et le cortège des troubles trophiques et des altérations de la sensibilité apparaîtra progressivement.

La période de temps qui sépare le traumatisme de l'apparition des premiers symptômes est absolument variable. Il peut y avoir seulement quelques semaines d'intervalle. Il peut au contraire s'être écoulé plusieurs années. Le malade de Bawli (cité par Thiem) avait fait une chute sur le dos sept ans auparavant; un de ceux de Guillain (2) (obs. 1) faisait remonter l'origine de son affection à un accident datant de trois ans; un autre, de Raymond, était tombé dans un escalier six ans avant le début de sa syringomyélie. En revanche, pour deux malades de Mies (cité par Thiem), il s'était écoulé seulement sept et treize mois depuis l'accident invoqué comme cause. Thiem estime qu'en moyenne il y a un intervalle variant entre 1 et 2 ans. Nous voyons qu'en réalité l'écart noté est souvent beaucoup plus considérable, et l'on peut se demander avec quelle certitude il est permis de rattacher une syringomyélie à un événement aussi éloigné. Selon la disposition d'esprit de l'observateur, il y aura évidemment plus ou moins

(1) Dupont, Traumatisme et syringomyélie. Th. Paris, 1898-99.

(2) Guillain. — La forme spasmodique de la syringomyélie. La névrite ascendante et le traumatisme dans l'étiologie. Th. Paris, 1901-02.

grande facilité à admettre le rapport étiologique. Selon la remarque de Sachs et Freund, il n'est guère d'ouvrier qui n'ait un traumatisme dans ses antécédents : les partisans de l'origine traumatique trouveront donc facilement à justifier leur théorie. Aussi certains arrivent-ils à penser que 10 0/0 des cas de syringomyélie sont d'origine traumatique.

406. — L'expert médical aura à résoudre la question de l'existence de la syringomyélie, ou, tout au moins, du syndrome syringomyélique. Il devra procéder à un examen complet de son malade avant d'affirmer le diagnostic; un symptôme isolé ne lui permettra de rien conclure. Ainsi la dissociation de la sensibilité, dite syringomyélique a été notée dans certains traumatismes de la moelle, compressions, sections incomplètes, où il ne pouvait s'agir de syringomyélie (1).

La nature de l'accident, les troubles qui l'auront immédiatement suivi seront étudiés avec soin, ainsi que l'espace de temps qui se sera écoulé avant l'apparition de la syringomyélie confirmée. Pour qu'on puisse penser à la probabilité de la relation de cause à effet, il faudra qu'il y ait eu, au début, des troubles médullaires et au moins une certaine continuité des symptômes depuis l'accident. Il aura pu persister de la douleur, de la faiblesse musculaire localisée à un membre ou à une région du corps.

Enfin, se posera la question d'aggravation. Ici, comme pour le tabes, si nous ne croyons pas que le traumatisme engendre la maladie, il peut au moins l'aggraver. Il faudra savoir dépister l'affection dans les moindres manifestations antérieures à l'accident. Les cicatrices de panaris seront recherchées avec soin. La douleur plus ou moins atténuée qu'aura accusée le malade au moment de l'accident sera un indice pouvant mettre sur la voie du diagnostic. Dans l'appréciation de ces faits on devra tenir compte de la progression fatale de

(1) Van Gehuchten. Dissociation syringomyélique et traumatisme de la moelle. *Sem. méd.*, 1899, p. 113.

la syringomyélie qui évolue parfois lentement mais ne reste jamais stationnaire.

408. — Dans tout ce qui précède, nous n'avons eu en vue que les syndromes syringomyéliques se montrant à la suite de traumatismes intéressant directement ou indirectement la moelle épinière. On a voulu aller plus loin encore et certains auteurs ont admis qu'une syringomyélie pouvait se développer *à la suite d'une plaie septique* (GUILLAIN) ou même d'un *traumatisme aseptique périphérique*. Les cas relevant de la première étiologie sont encore peu nombreux et la démonstration ne nous paraît pas faite, malgré les arguments invoqués du rôle joué par la névrite ascendante d'origine infectieuse. Quant aux cas succédant à une fracture (STEIN (1), LÄHR (2)) ils paraissent encore plus douteux et l'on peut se demander si, la plupart du temps, il n'y avait pas préexistence de l'affection médullaire et si la lésion périphérique n'a pas été ainsi favorisée. LÄHR repoussa en partie la demande d'un des malades soumis à son examen, précisément parce que la fracture avait eu lieu sans douleur et sans cause appréciable; il admit cependant que le traumatisme avait pu aggraver l'évolution ultérieure de la maladie.

On peut dire, dans l'état actuel de la science, que *ce sont surtout des arguments théoriques que l'on a apportés en faveur de l'origine périphérique de la syringomyélie ; cette étiologie est encore uniquement dans le domaine des hypothèses*. (BRASCH, SCHULTZE, SACHS et FREUND, BECKER, etc.)

e) *Hématomyélie.*

409. — L'*hématomyélie* ou *hémorrhagie intra-médullaire* peut reconnaître comme cause soit un traumatisme ou une commotion de la moelle, soit un effort violent, soit un refroidissement, comme l'ont montré les expériences de HOCHAUS (3)

(1) Deut. Arch. f. klin. Med. *in. Sem. méd.*, 1898, p. 220.
(2) Cité par BECKER.
(3) Congrès méd. de Wiesbaden, 1897.

sur les animaux, soit encore la décompression brusque (caissons à air comprimé).

Elle se manifeste souvent par le syndrome syringomyélique; on comprend d'ailleurs combien sa symptomatologie peut varier selon le siège et l'étendue de l'hémorrhagie en cause. L'apparition brusque des symptômes, la douleur vive qui les accompagne, les circonstances du fait serviront à éclairer le médecin expert qui n'éprouvera guère de difficultés dans son diagnostic. Le pronostic pourra être plus difficile; en général, il y a amélioration progressive; cependant parfois des troubles incurables persisteront.

f) *Paralysie spasmodique spinale.*

410. — Il s'agit probablement ici non pas d'une entité morbide, mais d'un syndrome (Déjerine et Thomas, Sachs et Freund). Ce syndrome a été observé à la suite de traumatismes (Thiem, Stintzing et Gümprecht). Sachs et Freund remarquent que la cause primitive peut être soit une hémorrhagie des méninges spinales, soit une lésion quelconque au niveau du cerveau; soit même simplement l'hystérie.

g) *Sclérose latérale amyotrophique.*

411. — Maladie peu fréquente, la *sclérose latérale* n'a été observée que fort rarement à la suite d'un accident, Dans un cas de Laehr, cité par Sachs et Freund, deux ans avant le début, le malade avait fait une chute sur le dos; dans un autre cas de Goldberg (1) il y avait eu chute sur le siège et fracture d'un os du tarse du pied droit; enfin, chez un malade de Thiem, il semble bien que le refroidissement par immersion dans l'eau était en cause. Les deux derniers cas eurent un début rapide et furent constitués dans le délai de deux ans. Ils ne suffisent pas, surtout en l'absence d'autopsie, pour

(1) Berlin. klin. Woch., 1898, nº 12.

permettre d'affirmer qu'il existe une sclérose latérale amyotrophique traumatique. (1)

b) *Sclérose en plaques.*

412. — L'origine traumatique de la *sclérose en plaques* n'est rien moins que démontrée. MENDEL, cité par THIEM, en a rapporté quatre cas où à la suite de traumatismes assez graves, ayant occasionné une commotion générale, ou d'une immersion dans l'eau froide, on vit apparaître la maladie dans le délai de quelques mois. Étant donnés l'âge et les antécédents des malades, SACHS et FREUND pensent qu'ils étaient en imminence de troubles médullaires et que l'accident a été pour eux seulement la cause occasionnelle. MENDEL pense d'ailleurs qu'il y a une prédisposition congénitale qui agit en dehors du trauma. LINIGER a encore incriminé des blessures périphériques, dont on ne s'explique pas le mode d'action.

413. — L'idée généralement admise de l'étiologie de la sclérose en plaques : intoxication d'origine infectieuse (MARIE) ou inorganique (OPPENHEIM) n'est guère en faveur de l'origine traumatique. On a prétendu que les troubles apportés par le choc dans la circulation des vaisseaux médullaires pouvait provoquer les lésions observées, mais ces lésions ne ressemblent guère à celles qu'on peut reproduire expérimentalement. Malgré l'avis de MENDEL, de GERHARDT, nous croyons que, dans l'état actuel de la question, on doit, avec SACHS et FREUND, se refuser à admettre que le traumatisme central ou périphérique peut, à lui seul, provoquer la sclérose en plaques. Cependant, les faits à la suite desquels on a noté des symptômes assez accusés, peuvent faire penser à l'aggravation possible, par un trauma, d'une maladie préexistante. C'est l'opinion de STURSBERG, pour qui un examen approfondi fera souvent reconnaître la préexistence de la

---

(1) Cf. OTTENDORFF. Monats. f. Unfallheil., 1902.

maladie (1). Dans l'appréciation du dommage causé, on devra tenir compte de la marche fatalement progressive de cette maladie, actuellement incurable.

i) *Paralysie agitante.*

414. — La nature de la paralysie agitante est mal connue. On ne sait si elle doit être rangée dans le groupe des névroses, si, au contraire, elle répond à des lésions anatomiques caractéristiques ou, encore, si elle n'est pas plutôt un syndrome. Nous l'étudierons ici sans préjuger en rien de sa place dans le cadre nosologique.

Walz (2) a rassemblé 54 cas où l'étiologie traumatique était invoquée; mais une critique des faits lui permet de n'en garder que 27 où cette origine reste probable. Krafft-Ebbing (3) en relève 7 où le traumatisme avait joué indubitablement un rôle.

415. — Le traumatisme en cause peut porter sur le système nerveux central, en particulier sur la moelle, directement ou indirectement, et est généralement assez violent; mais on a admis aussi l'influence du traumatisme périphérique : entorse (Krafft-Ebbing), fracture (Kohler), contusion simple (Becker). Enfin les froidures et les brûlures ont paru parfois jouer un rôle.

416. — Le début a eu lieu souvent dans les premiers jours qui ont suivi l'accident; il s'est fait toujours par le membre lésé, dans le cas d'origine périphérique. Dans tous les cas jamais il n'y a eu un intervalle de plus de quelques mois entre l'accident et l'apparition du tremblement.

Le point le plus difficile à déterminer sera la réalité de la paralysie agitante. Il y aura des cas frustes où le tableau

---

(1) Cité par Gallez dans la traduction de l'ouvrage de Becker.
(2) Vierteljarh. f. ger. Medecin., 1896, cité par Thiem.
(3) Wien. klin. Wochensch. 1899.

symptomatique ne sera pas au complet. De plus certains auteurs croient que bien des faits ont reçu à tort la dénomination de paralysie agitante et ne relèvent que de l'hystérie. Lorsqu'on lit les observations, certains tremblements localisés aux membres blessés, et sur la forme desquels aucun détail n'est donné, paraissent bien pouvoir être le fait de cette dernière affection. SACHS et FREUND disent avoir observé bon nombre de tremblements à la suite d'un traumatisme, *et jamais un cas de paralysie agitante vraie.* On devra donc rechercher avec soin les stigmates qui permettront le diagnostic. De plus il faudra se souvenir, qu'au début, la paralysie agitante offre un minimum de symptômes et peut passer inaperçue.

Dans les cas bien nets le pronostic est absolument fatal; la marche est progressive et la mort seulement vient clore la scène après une période plus ou moins longue.

III

Névrose traumatique; hystéro-traumatisme.

Historique. — Diverses idées émises sur la nature des troubles observés. — Expérimentation. — Différence d'origine des troubles observés. — Plus grande fréquence des accidents graves. — Distinction entre les traumatismes graves et les traumatismes légers. — Névrose traumatique : tableau clinique. — Troubles localisés à la suite de traumas périphériques. — Différence de pronostic. — Appréciation de la responsabilité patronale. — Diagnostic : Exagération et simulation. — Responsabilité patronale.

417. — On englobe sous le nom d'hystéro-traumatisme, de névrose traumatique, un certain nombre de faits absolument disparates dans leur symptomatologie, troubles morbides du système nerveux, qui ne sont souvent en rapport ni avec la lésion primitive, ni avec l'intensité du traumatisme

subi. Cette dénomination peut-être défectueuse, est actuellement si bien entrée dans le langage courant, elle répond à un ordre d'idées devenues si familières au monde médico-légal, qu'il y a tout avantage à la conserver, au moins provisoirement, ainsi que le fait remarquer Vibert.

Ces faits forment une des parties les plus difficiles de la médecine légale et de la médecine des accidents du travail en particulier. Le nombre croît toujours des procès en responsabilité patronale où les médecins experts concluent à l'hystéro-traumatisme. Aucun médecin ne peut se désintéresser de la question sans s'exposer à commettre quotidiennement les plus grossières erreurs.

418. — L'histoire de la *névrose traumatique*, ou plus exactement, peut être, *des névroses traumatiques*, est relativement récente. Les premiers travaux, ceux d'Erichsen, ne remontent pas à 40 ans et les mémoires ne se sont multipliés sur la question que depuis une dizaine d'années. Il sont actuellement si nombreux qu'il serait impossible de les citer tous; nous indiquerons seulement les principaux d'entre eux dans le cours de cette étude.

Nous ne comptons d'ailleurs faire ici qu'un court résumé d'un aussi vaste sujet; nous éviterons surtout le plus possible les discussions doctrinales, et n'en donnerons que le strict nécessaire pour la lucidité de l'exposé.

Les premiers faits observés le furent chez des victimes d'accidents de chemin de fer: à la suite d'un traumatisme plus ou moins violent on notait chez les accidentés, même chez ceux qui ne semblaient avoir eu aucune lésion corporelle, un état morbide assez particulier, caractérisé par des troubles psychiques, des perturbations dans le système nerveux, des altérations de la santé générale. Le nom de *railway spine* rappelait l'origine de l'affection observée, qu'on rattacha tout d'abord à des altérations organiques de de la moelle épinière. (Erichsen, Riegler). Puis, certains observateurs remarquèrent le même complexus symptomatique dans des accidents absolument indépendants des

chemins de fer. En même temps on reconnaissait que la frayeur, l'émotion, indépendamment de tout choc, pouvait provoquer les mêmes troubles du côté du système nerveux; de plus, l'absence de lésions anatomiques constatées faisait ranger le *railway spine* dans la catégorie des névroses; enfin, comme on trouvait dans certains cas une prédominance des symptômes cérébraux, à côté du *railway spine* on décrivit le *railway brain*.

419. — L'idée de *névrose* était communément acceptée, mais quelle était cette névrose? Ici commence la discussion. Sans trop se perdre dans les nuances, on peut ranger les opinions émises en trois groupes bien tranchés.

Pour les uns la névrose traumatique est une névrose particulière ayant son étiologie propre, son individualité symptomatique bien distincte; Oppenheim est le champion le plus autorisé de cette théorie qui a également été soutenue en France par Vibert, à l'étranger par Thomson, Bernhardt, Leyden.

Pour les autres (Charcot, Jolly, Schulze), ce qu'on a décrit sous le nom de *névrose traumatique* n'est que de l'*hystérie* ou de la *neurasthénie*.

Enfin, certains auteurs n'admettent pas qu'il s'agisse d'une névrose, mais croient qu'il existe réellement des *lésions anatomiques* (Ballet, Pierret) des centres nerveux.

420. — On a voulu résoudre cette dernière question par l'*expérimentation*. En produisant des chocs sur le crâne d'animaux, et en observant, par les méthodes histologiques les plus perfectionnées, leur cerveau et leur moelle on a reconnu l'existence de lésions anatomiques dans leurs cellules nerveuses; ce n'apportait pas la solution. On savait depuis longtemps que la commotion suffisait pour produire des lésions. La constatation de ces lésions ne voulait pas dire qu'on se trouvait en présence du *substratum anatomique*, correspondant à la névrose traumatique.

La preuve expérimentale semble impossible à faire. On ne

peut guère actuellement se baser que sur le raisonnement pour conclure pour ou contre les idées émises. Toute défectueuse que soit cette méthode en médecine, c'est la seule, semble t-il, que nous pouvons employer en la matière qui nous occupe. C'est la seule qui permette de donner une solution équitable dans les différends que soulèvent les cas d'hystéro traumatisme. Au surplus, de nombreux faits cliniques viennent à l'appui des idées que nous allons exposer.

421. — Si l'on examine les troubles qui ont été rangés sous le nom d'hystéro-traumatisme, on voit facilement qu'ils diffèrent essentiellement quant à leur *origine*. Alors que les uns relèvent d'un traumatisme grave : choc violent sur la tête: commotion générale; d'autres, au contraire, se montrent à la suite d'une lésion extrêmement légère, si minime qu'elle fait pronostiquer au début une incapacité de travail de quelques jours seulement, ou même nulle. Pour Charcot, il n'y a à faire aucune différence dans cette étiologie : *piqûre d'épingle, ou collision de train, c'est toujours la goutte d'eau qui fait déborder le vase.* Si l'intensité du trauma n'est pas toujours en rapport avec les symptômes observés, nous verrons cependant tout à l'heure qu'il y a une profonde différence, au point de vue pratique, à faire entre un traumatisme violent et une lésion insignifiante.

Vibert (1) fait remarquer que les troubles observés se montrent surtout chez les blessés ayant subi un choc intense, les victimes d'un accident de chemin de fer, d'un accident de voiture, d'une explosion, d'un éboulement. Ce fait est confirmé par toutes les statistiques. Tandis que Jessen trouve, sur 500 blessés par accidents de tous genres, 2,5 0/0 qui sont atteints de névroses traumatiques, la proportion monte à 10 0/0 pour 292 survivants de deux grandes catastrophes de chemin de fer (2). Il y a là autre chose qu'une simple coïnci-

(1) Contrib. à l'étude de la névrose traumatique. *Ann. hyg. et méd. lég.* 1893.

(2) Cité par Rohmer. Évaluations à l'usage des médecins experts.

dence. Comme le fait remarquer Vibert, on ne peut invoquer l'émotion causée par ces accidents; dans bien des cas, elle n'existe pas. Il semble plus logique de penser que, dans ces grands traumatismes où l'ébranlement corporel a été porté à son maximum il a pu se produire des lésions des centres nerveux telles qu'on les a constatées dans la commotion cérébrale ou médullaire. Rien ne nous autorise à penser qu'il s'agit seulement de névrose. Ce terme de névrose d'ailleurs ne sert peut être qu'à cacher notre ignorance : une névrose n'est après tout qu'une affection du système nerveux dont nous ignorons encore l'anatomie pathologique. Selon la remarque de Strumpell (1), *rien ne démontre qu'à la suite d'une commotion cérébrale il n'existe pas des lésions évoluant chroniquement et susceptibles de causer des troubles plus ou moins graves.*

422. — A cette conception anatomo-pathologique de la névrose traumatique on a objecté que la *frayeur* seule suffisait indépendamment de toute commotion cérébrale. Mais, nous ignorons comment se comportent les centres nerveux dans la frayeur. Les troubles circulatoires que nous observons en d'autres parties du corps dans les émotions violentes, nous autorisent à penser qu'il peut en être de même au niveau du cerveau. Le spasme passager des petits vaisseaux cérébraux peut provoquer au niveau des cellules nerveuses, des lésions dont nous ignorons la nature. Ballet (2) croit, et son opinion ne paraît pas hasardée, qu'il se forme sous l'influence de troubles vaso moteurs, de petits foyers de ramollissement. Pierret (3) estime que le spasme des petits vaisseaux peut amener la mort physiologique des éléments cellulaires.

Une seconde objection a encore été faite, tirée de ce qu'à

(1) Ueber die Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken. Munchen, 1896.

(2) Cité par Markoff. De l'Hystéro-neurasthénie traumatique et la loi sur les accidents du travail. Th. Paris, 1900-01.

(3) Cité par Larrivé. Des accidents nerveux consécutifs aux traumatismes. Th. Lyon, 1897-98.

un *traumatisme périphérique*, léger en apparence, succède le tableau complet de la névrose traumatique tel que nous le verrons plus loin. Ceci prouve seulement que des causes différentes peuvent arriver aux mêmes effets et que des troubles dynamiques peuvent se traduire de la même façon que les troubles matériels, ce qui est admis par tous les neuro-pathologistes. D'ailleurs, on doit reconnaître que les traumatismes légers donnent *le plus souvent* naissance à des *troubles localisés*, sans retentissement sur la santé générale.

423. — En somme, nous faisons une séparation bien nette dans les faits d'hystéro traumatisme : les uns,relèvent d'un traumatisme grave, d'une émotion violente et sont peut être dus à une lésion des centres nerveux. Tout au moins, rien ne nous permet d'affirmer qu'il en est autrement. Les autres, au contraire, ont pour étiologie un accident qui, selon toute vraisemblance, n'a pas causé de désordres anatomiques dans le système nerveux central.

La clinique nous montre au surplus que cette distinction n'est pas factice et au tableau de la névrose traumatique proprement dite, on peut opposer un certain nombre de faits qu'on peut ranger plus justement sous le nom d'hystéro-traumatisme.

434. — La *névrose traumatique* décrite très exactement par Vibert, d'après l'observation de nombreux blessés de chemin de fer, est caractérisée par des troubles à la fois psychiques, sensitifs, et moteurs, avec altération de la santé générale. Le patient qui en souffre a un *aspect caractéristique*. La physionomie triste, le corps penché en avant ou incliné sur un des côtés, la démarche souvent pénible, le font reconnaître souvent au premier abord. Si on l'interroge, les réponses sont peu précises et cela autant à cause de l'amnésie plus ou moins complète que par suite de la diminution de la volonté, de la difficulté de l'attention. La parole est souvent hésitante. Si la conversation se prolonge, tous ces *troubles intellectuels* s'accusent encore. Enfin, pour compléter cette énumération des *troubles*

psychiques, nous mentionnerons la tendance aux idées tristes, l'obsession de son accident, les troubles du sommeil, et, en particulier pour le blessé du travail, la pensée de sa diminution de capacité professionnelle, l'inquiétude sur l'issue du procès engagé. Le malade accuse des *perceptions douloureuses* superficielles ou profondes, plus ou moins pénibles, soit spontanées, soit provoquées par la pression de certaines régions du corps : ce sont des sensations de froid, de chaleur, de brûlure, de fourmillement ; les apophyses épineuces vertébrales, la région sacrée sont particulièrement sensibles à la pression. Les céphalées frontales ou occipitales sont fréquentes ; le malade accuse une sensation de *casque*. Enfin, on observera souvent des zones *d'anesthésie*. La *sensibilité spéciale* ne sera pas toujours épargnée : on a noté des troubles du goût, de l'ouïe, de la vue. Il y a souvent de la dilatation pupillaire ; on a surtout observé le *rétrécissement du champ visuel* qu'on s'accorde presque à reconnaître comme pathognomonique. Les *troubles moteurs* sont plus ou moins prononcés et localisés ; ils siégent sur un membre ou un segment de membre, sur une partie de le colonne vertébrale ; il résulte même de la difficulté à mouvoir cette dernière, une immobilisation de tout le tronc qui donne au malade une *« attitude soudée »* ; les *vertiges*, les *étourdissements ne* manquent guère. Enfin, il y aura des *troubles digestifs* : sensation de pesanteur, douleurs épigastriques, alternatives de diarrhée et de constipation ; des *troubles circulatoires :* palpitations cardiaques s'accompagnant d'anxiété, accélération du pouls, etc. Ce tableau complexe pourra bien ne pas se réaliser entièrement, et l'on verra toutes les combinaisons des différents symptômes, mais il existera un ensemble suffisant pour permettre de le reconnaître.

C'est là le tableau de la neurasthénie et l'on a dit que le traumastime ne faisait que provoquer l'éclosion de cette névrose bien classée. Neurasthénie peut-être, mais neurasthénie spéciale, semble-t-il, et par ses symptômes si accusés, et par son intensité, et, plus encore, par son pronostic grave.

D'autres fois, le syndrome clinique, au lieu d'être celui de

la neurasthénie, se rapproche davantage de l'*hystérie* à grandes crises. Ici encore, le traumatisme originel a vivement frappé l'esprit de la victime, lui a causé une violente frayeur ; le plus souvent, le blessé a des antécédents nerveux personnels ou héréditaires plus ou moins chargés, mais jusque là l'hystérie pouvait ne jamais s'être décelée. On a donc pu dire que le traumatisme créait tantôt la *neurasthénie*, tantôt l'*hystérie*, tantôt une *hystéro-neurasthénie*, mélange des deux névroses, qui nous paraît une création un peu artificielle.

425. — Au contraire, à la suite d'un trauma périphérique de peu de gravité, on voit se produire des troubles nerveux, moteurs le plus souvent, mais pouvant aussi s'accompagner de symptômes vaso-moteurs, de diminution ou d'exagération de la sensibilité. Ici, *souvent, aucun trouble de la santé générale ;* la localisation est déterminée ordinairement par le traumatisme. Les manifestations peuvent d'ailleurs être diverses. Il s'agira généralement d'une *paralysie* : un membre, un segment de membre, à la suite d'une simple contusion, par exemple, ne reprendra pas ses fonctions, restera *flasque*, ou plus souvent en état de *contracture*, les muscles extenseurs étant généralement plus affectés que les fléchisseurs. La paralysie pourra n'être pas si complète, il y aura seulement une faiblesse générale, le blessé se plaindra de ne pouvoir faire usage utile de son bras, de sa jambe. D'autres fois, le membre blessé pourra être le siège de *tremblements*. Chez un blessé que nous avons observé, une très légère plaie du genou guérie en quelques jours avait été suivie d'une démarche spasmodique singulière ne rentrant dans aucun type classique.

Les *troubles de la sensibilité* peuvent manquer ou, souvent, se superposer exactement aux troubles de la motilité et aider ainsi au diagnostic. Très variables d'ailleurs, ils consistent en hyperesthésies ou plus fréquemment, au contraire, en anesthésies diverses.

Parfois, au niveau d'articulations antérieurement contusionnées, il persistera des douleurs réveillées par le moindre mouvement et inexplicables par l'état des parties osseuses

On pourra trouver, soit isolés, soit associés à d'autres symptômes, des *troubles vaso-moteurs* : œdème, asphyxie locale, etc., qu'il faudra se garder de rattacher à des lésions organiques.

Les troubles pourront être *viscéraux*. A la suite d'un traumatisme de l'abdomen on a noté des troubles fonctionnels de l'estomac : mérycisme, hématémèse même dont l'autopsie a parfois déterminé la nature purement dynamique, en dehors de toute lésion de la muqueuse. Des contusions du thorax ont entraîné de la tachycardie. En un mot aucun organe n'a été épargné, les lésions les plus diverses ont été observées conformément à ce que nous voyons se produire dans l'hystérie spontanée.

Nous venons encore de prononcer le mot d'hystérie; en réalité, on peut bien voir, chez des traumatisés, nous l'avons déjà dit, des faits se rapprochant de l'hystérie vraie, avec tous ses symptômes. Mais, ici, il s'agit d'individus chez lesquels un examen approfondi ne permet pas de retrouver les stigmates ordinaires. Faut-il donc admettre une hystérie *mono-symptomatique?*

Nous ne voulons pas entrer dans des discussions doctrinales : hystérie mono symptomatique ou névropathie non encore classée, la chose importe peu au point de vue pratique. Les cas de ce genre sont caractérisés par ce fait que l'individu crée de toutes pièces son trouble pathologique, par auto-suggestion. On peut ne pas déceler d'antécédents nerveux chez le traumatisé : il n'en est pas moins vrai que celui qui, après une piqûre d'épingle, ne peut détacher son attention d'une blessure si minime, et devient monoplégique, possède un cerveau taré; ce n'est pas un individu normal.

426. — Différents dans le tableau symptomatique, les deux ordres de faits le sont bien aussi quant au *pronostic*. Tandis que les troubles locaux peuvent disparaître et disparaissent souvent rapidement soit sous l'influence d'un traitement suggestif approprié, soit après le règlement de l'indemnité accordée par les tribunaux, il n'en est plus de

même de ce syndrome à qui seul il faudrait réserver le nom de *« névrose traumatique »*. Si, parfois, on peut assister à sa guérison, ce n'est pas la règle et, d'ordinaire, ce sont de véritables infirmes, souvent incapables de tout travail, que les patients atteints ainsi à la suite de grands traumatismes. Charcot disait déjà qu'il avait vu des améliorations, mais rarement des guérisons absolues. Francotte, se basant sur l'histoire de plusieurs blessés depuis longtemps indemnisés, exprimait récemment la même idée (1). Au contraire, les guérisons sont fréquentes à la suite des lésions purement locales; toute la difficulté consiste à pronostiquer le moment où se produira l'amélioration. *Elle pourra parfois se faire longtemps attendre.* D'autres fois, elle se produira très rapidement surtout si le blessé a vu terminer son procès à son avantage. Il est un fait bien intéressant à noter à ce sujet : c'est que *la guérison sera d'autant plus facile, d'autant plus parfaite généralement, que la solution du litige aura lieu plus rapidement.* Aussi a-t on pu, parfois à tort taxer de simulateur tel individu qui, quelques jours après avoir touché une forte indemnité, jetait des béquilles devenues inutiles. Ce qui rend encore plus difficile l'appréciation de certains faits, c'est que des troubles réels de la nutrition viennent parfois atteindre des membres qui ne présentaient au début que des troubles purement fonctionnels : on a noté des atrophies musculaires à la suite de paralysies seulement dynamiques au début.

427. — Si nous voulions essayer une classification pratique des différents états rangés sous la dénomination d'hystéro-traumatisme, nous arriverions à faire les distinctions suivantes :

1° *Troubles nerveux graves,* d'ordre général, correspondant à ce qu'on a appelé la *névrose traumatique* proprement dite, la neurasthénie traumatique, l'hystéro neurasthénie traumatique, se produisant à la suite d'un traumatisme crânien,

(1) Acad. méd. Belgique, 28 février 1903.

d'une commotion générale ou d'une violente émotion, et relevant peut-être d'une lésion organique ; du moins il est impossible d'affirmer qu'il n'en est pas ainsi.

2° *Troubles nerveux légers ou graves, souvent localisés*, se produisant à la suite de lésions minimes et, en tout cas, constamment hors de proportions avec les désordres anatomiques qu'a pu causer le traumatisme initial.

428. — La *responsabilité patronale* doit, à notre avis, être appréciée différemment dans les deux cas. S'il s'agit des faits du premier groupe, pas de doute possible, le patron est responsable de l'état actuel de l'ouvrier, et doit supporter toute la dépréciation dans la capacité de travail subie par celui-ci. Nous dirons même que son intérêt, comme celui bien entendu de l'ouvrier, est dans le *très prompt règlement de l'indemnité due*. Il nous a été souvent donné d'examiner, à intervalles assez éloignés, des névro-traumatisés et de constater malheureusement que leur état allait souvent en s'aggravant, au lieu de tendre vers la guérison. On peut se demander s'il en aurait été de même, une fois enlevée la préoccupation de l'issue du procès engagé. La réflexion obligée est qu'on devrait hâter le réglement des instances judiciaires. Mais nous devons d'abord observer que, le plus ordinairement, le médecin a pu, pendant longtemps, croire à une guérison progressive et n'a que tardivement considéré l'état du blessé comme définitif. Souvent l'expert lui-même est hésitant. On se heurte enfin parfois à une résistance calculée du sinistré qui préfère rester sous le régime de l'incapacité temporaire presque toujours préférable pour lui à celiu de l'incapacité permanente (1).

En ce qui concerne les seconds, la solution nous semble absolument contraire. C'est ici qu'on peut appliquer le mot de Charcot et dire que l'accident n'a été que la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Est-ce bien même l'ac-

(1) Il n'en est autrement que dans le cas d'incapacité permanente totale, ce qui est fort rare.

cident qui est en cause? N'est-ce pas plutôt la fâcheuse disposition d'esprit de l'intéressé? L'ouvrier blessé pense constamment à sa blessure, il se persuade sous l'influence de ses réflexions et de celles de son entourage, qu'il ne doit pas guérir, que sa lésion entraînera les conséquences les plus fâcheuses pour lui. A cette préoccupation s'ajoute l'idée du procès qu'il a à soutenir, de l'indemnité qu'il demande. Tout contribue à imprimer à ses réflexions un tour spécial qui passe bientôt à l'idée fixe. Si nous y ajoutons qu'il s'agit d'un prédisposé, d'un taré au point de vue cérébral, la genèse de la névrose s'explique facilement. L'accident lui même n'a rien été : le tempérament spécial de l'ouvrier, l'idée qu'il s'est faite à tort de la lésion dont il est porteur ont tout fait. Dans ces conditions, il serait profondément injuste de mettre à la charge du patron un dommage qui tient tout entier à des causes purement subjectives, absolument étrangères au fait accidentel lui même.

Nous reconnaissons pourtant que tout réside dans une question de fait; un traumatisme peut, tout en ayant frappé un prédisposé, avoir cependant eu une grosse influence sur le développement des troubles névropathiques. Par sa gravité, par la préoccupation qu'il a pu *justement* causer, il doit parfois être considéré comme un facteur important. Au contraire, l'employeur ne saurait être tenu responsable de la fâcheuse disposition d'esprit de son ouvrier, qui a considéré une égratignure comme une blessure grave. Aussi nous ne pouvons qu'approuver la décision du Tribunal de Nantes (30 novembre 1902), qui, sur le rapport de l'un de nous, a refusé une indemnité à l'ouvrier cité plus haut, ayant eu des troubles spasmodiques de la marche après une très légère plaie du genou.

429. — L'*importance du diagnostic* est grande dans les faits d'hystéro-traumatisme. La névrose traumatique proprement dite lorsque son cortège traumatique sera au complet ne sera pas difficile à reconnaître. Il faudra pourtant se défier de la simulation. La fréquence de celle-ci est estimée d'une façon

très différente selon les auteurs; pour SEELIGMULLER, on la rencontrerait dans 25 0/0 des cas; pour HOFFMANN, dans 33 0/0, pour SCHÜLTZE, dans 36 0/0, tandis que, pour OPPENHEIM, elle ne se trouverait que dans 4 0/0. L'énorme différence entre ces chiffres vient évidemment de l'appréciation différente de l'exagération. Il faut reconnaître que cette *exagération des symptômes morbides* fait partie intégrante du tableau de la maladie. Elle est due au fonctionnement mental défectueux et c'est ce qui rend si difficile l'estimation de ces faits. Que faut-il attribuer à la mauvaise foi de l'examiné? Quelle part faire à la maladie elle-même? Question délicate qu'on ne pourra souvent résoudre qu'après des examens répétés. La *simulation* existe pourtant; elle peut même créer de toutes pièces un ensemble symptomatique : le cas de PAGE, cité par EYRAUD (1) en est un exemple. Mais, à ce degré, elle doit être considérée comme rare. Il y aura plutôt aggravation simulée d'un symptôme en particulier ou d'un certain nombre de symptômes. Nous devons pourtant craindre que les faits de simulation soient de plus en plus fréquents au fur et à mesure que les symptômes seront mieux connus. « *La simulation de la neurasthénie est d'autant plus difficile à dépister qu'il s'est fondé un véritable enseignement de neurasthénie pratique à l'usage des victimes d'accidents et dont les lauréats passent maîtres à leur tour.* » Ainsi s'exprime le Dr PÉRIER dans le discours d'ouverture du Congrès de Chirurgie en 1903.

430. — Un médecin aura pourtant des moyens de déjouer la ruse des chercheurs de rente. Souvent, de son examen même résulteront des données suffisantes. On voit un interrogatoire prolongé ne pas amener de fatigue intellectuelle chez un individu qui prétend ne pouvoir faire aucun effort de l'esprit. Des malades qui disent avoir perdu la mémoire des chiffres se livrent avec précision et rapidité au calcul de leur indemnité, ou de leur gain annuel (HÖNIG, cité par EYRAUD).

(1) Contrib. à l'étude de la simulation de l'hystéro-neurasthénie traumatique. Th. Lyon, 1897-98.

Les troubles de la sensibilité offrent une localisation particulière : les zones d'anesthésie se terminent circulairement sur les membres; elles coïncident souvent avec des abaissements de température de 1 à 2 degrés centigrades (Gilles de la Tourette). Enfin, malgré les discussions qui ont eu lieu à ce sujet, on doit considérer le *rétrécissement du champ visuel* et l'*accélération du pouls* comme des signes pathognomoniques. L'importance du premier est considérable, mais le champ visuel demande à être examiné avec des instruments *ad hoc* pour des couleurs différentes : blanc, bleu, rouge et non pas d'une façon approximative comme on le fait souvent. Les résultats en seront notés avec soin et si, à deux ou trois reprises on a fait la même opération, il faudra une singulière habileté à un simulateur pour fournir des résultats concordants. On pourra même tirer de cet examen des renseignements utiles pour le pronostic. Ainsi Mahillon (1) a conclu, du rétrécissement progressif du champ visuel, à la gravité d'un cas d'hystéro-traumatisme soumis à son appréciation et l'événement lui donna raison.

431. — En ce qui concerne les *hystéries locales*, le problème peut être plus difficile. Nous aurons à étudier dans la troisième partie la simulation des contractures, de l'anesthésie, de l'hyperesthésie, etc. Ici, nous ne poserons que quelques règles générales : lorsqu'un symptôme paraîtra absolument disproportionné avec la lésion qui est en cause, lorsqu'à la suite d'un léger traumatisme on verra apparaître par exemple, une paralysie que n'expliqueront ni l'état des muscles, ni celui des nerfs, ni celui du système osseux et articulaire, on devra, en dehors de la simulation, penser à l'hystéro traumatisme et en rechercher les stigmates. Le médecin expert aura à faire la part de ce qui revient au traumatisme et de ce qui appartient à l'état antérieur du patient. Il y aura des cas où ce partage pourra sembler singulièrement difficile; à la suite de traumatismes très légers, l'hésitation

(1) *Bullet. assoc. inter. méd. exp.*, 1903, p. 16.

n'existe pas. Mais, lorsque la blessure aura été d'une certaine gravité, longtemps le médecin se demandera s'il est vraiment en présence de troubles purement psychiques, ou si, au contraire, quelque lésion profonde ne vient pas gêner le jeu des organes. Ceci explique suffisamment, chez le médecin traitant, l'hésitation mentionnée plus haut, à considérer l'état du blessé comme définitif. Souvent aussi, dans ces cas, en présence de lésions d'abord graves, mais actuellement parfaitement guéries, le médecin pourra penser à la simulation et oublier de rechercher les stigmates névropathiques.

Nous nous reprocherions de ne pas rappeler pour finir le mot si exact : *en fait de névroses traumatiques, le diagnostic n'est pas une science, c'est un art.*

Appendice.

Les atrophies musculaires.

432. — L'atrophie musculaire est si fréquemment observee à la suite des traumatismes, qu'il y a lieu de rappeler les conditions étiologiques de ce processus pathologique.

L'atrophie musculaire, en elle-même, ne présente guère de difficultés de diagnostic. Affaissement des saillies musculaires, déformation par action prépondérante des antagonistes, lorsqu'un groupe de muscles seulement est atteint, faiblesse du membre ou du segment de membre, siège de l'amyotrophie, réactions électriques souvent anormales, tels sont les signes principaux qui appelleront l'attention. La comparaison avec la région symétrique du corps, facilitera, dans les formes peu accusées, la tâche du médecin. Nous devons cependant signaler une cause d'erreur sur laquelle nous reviendrons à propos de l'expertise médico-légale : les deux moitiés du corps ne sont pas exactement semblables et, entre deux membres homologues, il peut exister, sans aucune anomalie acquise, une différence de circonférence assez notable, en des points symétriques. C'est là une notion qui devra toujours être présente à la mémoire du médecin expert.

433. — Nous ne ferons que signaler les *amyotrophies d'origine centrale* liées plus ou moins directement à un accident, soit que celui-ci ait causé une altération médullaire traumatique proprement dite, soit qu'à la suite d'un traumatisme ayant intéressé les centres ou la périphérie, il se soit développé une affection médullaire systématisée. Nous nous sommes déjà expliqués sur les rapports entre le traumatisme et les différentes affections médullaires auxquelles on a attribué cette origine : syringomyélie, atrophie musculaire progressive etc. etc. Nous n'avons pas à reprendre cette discussion. Les amyotrophies d'origine centrale, par leur systématisation, leur allure particulière, les autres signes dont elles s'accompagnent, ne seront généralement pas méconnues. L'erreur ne pourrait se faire sur leur vraie nature, que si leur début se faisait par le point primitivement lésé. Le médecin devra donc écarter leur possibilité, avant d'affirmer son diagnostic.

434. — Beaucoup plus souvent l'atrophie sera *d'origine périphérique*. Les *traumatismes nerveux :* contusion, section, sont assez fréquemment observés.

Dans les sections nerveuses, la localisation du traumatisme, la perte immédiate de la sensibilité et du mouvement, imposent le diagnostic avant l'apparition de l'amyotrophie. Celle-ci se dessine rapidement et s'accuse au maximum en peu de temps. La seule difficulté pourrait parfois venir de l'apparition de la *sensibilité récurrente*, qui ferait croire que le nerf n'est pas sectionné.

Les *contusions nerveuses* peuvent, après une douleur violente au début, sembler ne laisser aucune trace et pourtant, être suivies, plus ou moins précocement, d'altérations musculaires assez prononcées. Le diagnostic pourra présenter ici une certaine difficulté du fait de l'absence de plaies et du manque d'exactitude dans la localisation du traumatisme primitif. Certains cas sont particulièrement intéressants, telles les atrophies musculaires suites de contusions du plexus brachial, comme nous avons eu occasion d'en observer

un fait typique avec notre confrère et ami le Dr Mirallié (de Nantes). Il s'agissait d'un enfant chez lequel un choc assez violent avait provoqué dans la région cervicale, une plaie de petite étendue, jugée peu grave au premier abord, qui s'accompagna de paralysie et fut suivie au bout de quelques semaines d'une atrophie musculaire portant sur les muscles paralysés : deltoïde, sus épineux, coraco-brachial, biceps, brachial antérieur et long supinateur. Ces amyotrophies ne disparurent que lentement sous l'influence d'un traitement électrique continué pendant plusieurs mois.

S'il est un principe bien établi dans la thérapeutique de ces lésions nerveuses, c'est la persévérance qui doit être apportée dans le traitement, alors même que l'électro diagnostic inciterait au plus fâcheux pronostic.

La *compression nerveuse* par un cal, une cicatrice, devra être recherchée toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une amyotrophie post-traumatique. En même temps que les troubles trophiques, il y a paralysie, pouvant ne pas atteindre tous les muscles innervés, et douleurs plus ou moins accentuées. Le diagnostic de la cause est d'autant plus intéressant qu'une opération chirurgicale, pratiquée à temps, en levant les causes de la compression, pourra permettre le retour intégral des fonctions.

En somme, dans les différentes classes d'atrophies musculaires que nous venons de passer en revue, il n'y a généralement pas d'erreur d'interprétation à commettre. Tout au plus, doit-on signaler le diagnostic à faire avec les paralysies toxiques, saturnines surtout, qu'on peut observer dans certains corps d'état.

435. — Les amyotrophies dont il nous reste à parler sont moins connues dans leur pathogénie.

Il est une forme de névrite qui se montre particulièrement à la suite des plaies des extrémités, alors même souvent que ces plaies sont insignifiantes, infectées ou non. Fréquemment on a noté que la blessure, malgré son peu d'importance apparente, s'accompagnait d'une violente douleur. Puis la cicatrisation

se fait lentement, mal, quelquefois même tarde indéfiniment. Il y a des douleurs très vives, qui ne se localisent pas seulement au point blessé mais passent dans les doigts voisins, dans tout un segment de membre, s'irradient au membre tout entier, s'accompagnent de troubles trophiques accentués, d'atrophies portant sur tous les muscles, en masse. Il s'agit d'une *névrite ascendante*; la lésion progresse le long du nerf, atteint les racines, puis les centres nerveux. On est mal fixé d'ailleurs sur la nature exacte de cette évolution pathologique. Mais certaines parties de son histoire sont bien connues actuellement, notamment la longue période de temps qui peut s'écouler entre le traumatisme initial et l'aggravation des accidents. Gilles de la Tourette et Chipault (1) rapportent ainsi un fait où il s'écoula dix ans entre une plaie du pouce et le début de l'atrophie musculaire. On voit l'importance de ces faits en médecine légale des accidents.

436. — On a rangé sous le nom d'*amyotrophies réflexes* des atrophies musculaires se montrant à la suite de traumatismes plus ou moins graves, sans qu'il y ait lésion apparente des nerfs.

Toutes les *lésions articulaires* : luxations, entorses, arthrites post-traumatiques, s'accompagnent d'une atrophie généralement assez prononcée et à apparition relativement rapide. Cette atrophie porte toujours sur un groupe musculaire bien déterminé pour une articulation donnée. C'est ainsi que dans les lésions du genou, l'atrophie porte sur le triceps, dans celles de l'épaule, on voit rapidement l'amaigrissement du deltoïde. Il y a même une union si intime entre ces deux termes : lésion articulaire, atrophie musculaire, qu'on peut affirmer l'absence de la première si l'on ne constate pas la présence de la seconde.

A la suite des *fractures*, on voit aussi les muscles du membre fracturé perdre leur tonicité et diminuer de volume. L'impotence fonctionnelle consécutive à l'enlèvement du

(1) *Pres. méd.*, 1896, p. 269.

membre fracturé hors de l'appareil est due en grande partie à ces lésions musculaires.

Enfin de simples *contusions musculaires*, peuvent, par un mécanisme probablement analogue, être la cause d'atrophies musculaires; on sait combien fréquentes sont les dégénérescences du muscle deltoïde dans les traumatismes contusifs du moignon de l'épaule.

La pathogénie de ces amyotrophies a soulevé d'ardentes discussions. Ne faut-il y voir que le résultat de l'immobilité prolongée qu'entraînent forcément une lésion articulaire ou la fracture d'un membre? Ou au contraire doit-on penser qu'il y a irritation des centres trophiques médullaires se traduisant à la périphérie par le dépérissement du muscle? Des arguments ont été apportés pour et contre ces deux pathogénies. Thiem dans son *Traité des accidents*, consacre de longues pages à l'exposé de la question et, avec Sulzer, conclut que l'immobilité, à elle seule, peut causer l'atrophie musculaire. De même que l'exercice d'un muscle amène son développement, de même son immobilisation prolongée devra produire sa diminution de volume. Borri est du même avis. Cependant Mignot et Mally (1) affirment avoir trouvé des lésions médullaires dans les cas d'amyotrophies réflexes. Le problème a une importance le plus souvent théorique. Quoiqu'il en soit, les amyotrophies dites réflexes, survenues à la suite de lésions articulaires ou osseuses sont rarement incurables, surtout lorsqu'elles sont traitées à temps. Le massage précoce, l'électricité, la mobilisation des articles blessés, aussitôt que la chose sera possible, permettra de les éviter tout au moins en grande partie. Ce devra être une des principales préoccupations du médecin d'accidents.

Le traumatisme, cause de lésions amyotrophiques, peut être plus léger encore que ceux que nous venons de signaler. Gilbert Ballet et Bernard (2) ont noté des *amyotrophies diffuses* à la suite de traumatismes légers, le plus souvent

---

(1) *Arch. gén. méd.*, sept. 1900.
(2) *Arch. gén. méd.*, 1900.

des coupures. Tous les muscles du membre sont atteints, ce qui distingue ces atrophies des précédentes; il n'y a jamais de réaction de dégénérescence. Le pronostic est généralement bénin. Le mécanisme n'en est pas encore élucidé. « Ce que l'on peut affirmer, disent les auteurs, c'est qu'il s'agit d'une lésion superficielle..., l'amyotrophie a toujours été très légère et l'impotence fonctionnelle qui en a résulté, très incomplète. »

437. — Enfin, une dernière catégorie d'atrophies musculaires mérite d'appeler notre attention, en raison de la confusion à laquelle elle pourrait donner lieu avec des troubles organiques. Ce sont les *amyotrophies d'origine hystérique*, (1) étudiées par Charcot, Babinski, Gilles de la Tourette etc. Ces amyotrophies ont été notées en dehors de tout traumatisme, mais ce qui les rend intéressantes pour nous c'est qu'elles peuvent accompagner les paralysies hystéro-traumatiques. Lorsqu'elles doivent se développer, elles le font très rapidement et atteignent vite leur maximum (Babinski); elles frappent presque toujours la totalité des muscles du membre paralysé. On les a vues accompagner des troubles de la sensibilité tactile et douloureuse (Richardière), faisant penser à la syringomyélie. Parfois elles s'accompagnent de la réaction de dégénérescence. Leur pronostic est celui de la paralysie hystérique elle-même, c'est dire qu'on peut les voir s'améliorer très rapidement, comme aussi persister avec une ténacité désespérante. Leur connaissance fera éviter de rejeter systématiquement l'idée d'un trouble purement dynamique, lorsqu'on aura constaté une amyotrophie même prononcée.

---

(1) Cf. Déjerine, *in Tr. de Méd.* Brouardel et Gilbert. — Dubois. Th. Paris, 1899-98, etc.

CHAPITRE X

Maladies des yeux (1).

Fréquence et répartition des accidents du travail intéressant les yeux. — Localisation des lésions. — Influence des professions. — Division.

a) *Corps étrangers.* — Fréquence. — Corps étrangers superficiels de la conjonctive, de la cornée. — Pronostic. — Danger des interventions non médicales. — Corps étrangers profonds des paupières, de l'orbite, intra oculaires. — Diagnostic. — Pronostic.

b) *Plaies.* — Plaies superficielles. — Plaies non infectées et infectées de le cornée. — Plaies profondes du globe. — Hernie de l'iris. — Cataracte traumatique. — Plaies de la région ciliaire.

c) *Brûlures.* — Étiologie. — Brûlures des paupières, de la conjonctive, de la cornée.

d) *Contusions.* — Ecchymoses palpébrales et conjonctivales. — Contusion du globe. — Hypohéma. — Mydriase traumatique. — Iridodyalise. — Aniridie traumatique. — Blessure de l'iris. — Lésions du cristallin. — Cataracte traumatique et cataracte par inanition. — Hémorrhagies du corps vitré. — Ruptures de la choroïde, de la cornée, de la sclérotique.

e) Troubles oculaires indirects. — Traumatismes périorbitaires. — Maladies post traumatiques. — Névrose traumatique.
Importance de l'état antérieur.

Fréquence et répartition des accidents du travail intéressant les yeux.

438. — Les *statistiques* allemandes nous apprennent que les blessures de l'œil représentent environ le cinquième de la totalité des accidents du travail. Les 2/3 des traumatismes

(1) Ce chapitre est entièrement dû à M. le Dr Aubineau (de Brest).

oculaires sont d'origine professionnelle et ces traumatismes sont fréquents par rapport aux autres affections de l'œil. A Wurtzbourg, centre industriel très important, dans une période décennale (1887-1897), on n'a pas noté moins de 3.951 blessures de l'œil sur un chiffre de 52.862 affections oculaires. Ces blessures se répartissent de la façon suivante :

Corps étrangers	2.132
Blessures diverses	581
Brûlures	367
Cataractes traumatiques	61

Une statistique faite sur les accidents observés depuis deux ans à la clinique ophthalmologique de Nancy (Rohmer) donne, sur un total de 180 cas :

Corps étrangers	84
Cataractes traumatiques	40
Plaies de la cornée	25
Contusions	21
Brûlures	6
Plaies de la sclérotique	4

Nous avons eu personnellement l'occasion de soigner (1902 et 1903) 127 accidents de travail. Les lésions ont consisté en :

Corps étrangers de la cornée.	78
Corps étrangers de la conjonctive. . . .	3
Plaies perforantes { corps étrangers intra-oculaires	2
Plaies perforantes { cataractes traumatiques	3
Plaies simples de la cornée (ulcérations non infectées)	23
Ulcères infectieux	10
Plaie de la conjonctive	1
Plaie de la paupière	1
Brûlures de la cornée	2
Brûlures de la conjonctive	2
Conjonctivites traumatiques.	2
Total	127

Les statistiques sont évidemment fort différentes suivant le milieu auquel elles se rapportent. Pour se faire une idée exacte de la fréquence et de la répartition des accidents oculaires, il serait nécessaire de grouper de nombreuses statistiques émanant de diverses régions.

439. — Les parties constituantes de l'œil sont atteintes dans une proportion très variable. C'est, en première ligne, la cornée 74,68 0/0; viennent ensuite la conjonctive 16,91 0/0, puis, le corps vitré 6,015; le cristallin 0,758; la sclérotique 0,454; l'iris 0,397; la rétine 0,17. Ces chiffres sont empruntés à MICHEL (1).

440. — La plupart des lésions incombent à l'industrie du fer ou de l'acier. Les ouvriers les plus fréquemment atteints sont les ouvriers en métaux, d'abord les polisseurs de fonte, ensuite les constructeurs de machines, tourneurs, perceurs, chaudronniers, serruriers, forgerons, fondeurs; puis viennent les ouvriers qui travaillent la pierre et le bois.

Sur 627 cas de cécité, TROUSSEAU a pu en rapporter 58 à des traumatismes professionnels. Les 127 cas qui composent notre statistique personnelle ont déterminé 21 incapacités permanentes partielles qui se subdivisent en : ulcères infectieux, 10; plaies simples de la cornée, 4; brûlures de la cornée, 2; corps étrangers intra-oculaires, 2; cataractes traumatiques, 3.

Dans 8 de ces cas, il y eut perte fonctionnelle complète de l'œil : ulcères infectieux, 5; cataracte traumatique, 1; corps étrangers intra-oculaires, 2. L'énucléation a été nécessitée trois fois : corps étrangers intra-oculaires, 2; ulcère infectieux, 1.

Nous voudrions passer succintement en revue les différentes blessures de l'œil que le médecin peut rencontrer en faisant ressortir surtout le pronostic. Pour mieux réaliser notre but sans trop nous répéter, nous envisagerons successivement les corps étrangers, les plaies, les brûlures, les contusions.

---

(1) Lehrbuch der Augenheilkunde, Wiesbaden, 1890.

Un dernier chapitre comprendra ce que nous appelons les troubles oculaires indirects ou post-traumatiques.

a) *Corps étrangers.*

441. — Les corps étrangers tiennent la plus grande place dans l'étiologie des blessures professionnelles de l'œil (55 à 60 0/0). Ce sont, par ordre décroissant de fréquence, des parcelles métalliques, des éclats de pierre, de bois, des débris de poudre.

Il y a lieu de les diviser en *corps étrangers superficiels* et *corps étrangers profonds* ou pénétrants (corps étrangers intra-oculaires).

442. — Les *corps étrangers superficiels* sont presque toujours constitués par des particules métalliques et se fixent soit sur la conjonctive, soit sur la cornée.

Ils peuvent occuper tous les points de la *conjonctive* bulbaire ou palpébrale; il y a toutefois un lieu d'élection qu'il importe de connaître, c'est un point situé sur la muqueuse qui recouvre le tarse de la paupière supérieure à environ 4 à 5 millimètres du bord libre. Le corps étranger peut se loger tout au fond du cul de sac supérieur, d'où la nécessité de ne pas seulement se borner à retourner la paupière supérieure mais encore d'explorer attentivement les replis du cul de sac.

Les corps étrangers superficiels de la *cornée* sont très fréquents; ils sont plus ou moins enfoncés dans le tissu cornéen et s'enlèvent plus ou moins facilement sous la cocaïne avec l'aiguille ou mieux la curette ou la gouge spéciales; il est indispensable de prendre toutes les précautions voulues d'antisepsie. Quand il s'agit de particules métalliques de fonte, de fer ou d'acier, il faut avoir soin, après l'extraction du corps étranger, d'enlever les débris de rouille qui tapissent la plaie et lui donnent une coloration rosée. Les éclats de pierre ne se fixent généralement pas à la cornée; en présence d'une plaie susceptible de renfermer de la pierre, il ne peut être qu'excellent à tous points de vue de pratiquer un curetage minutieux de l'ulcération.

Le *pronostic* des corps étrangers de la cornée est le plus souvent bénin; mais on conçoit que, quand il s'agit de la cornée, membrane dont la transparence parfaite est nécessaire, la moindre cicatrice soit susceptible d'altérer cette transparence. Il y a lieu de tenir compte de la nature du corps étranger, de la région cornéenne blessée et des complications infectieuses.

443. — Les débris de poudre (explosion de poudre) sont parfois si fins qu'on ne peut les extraire : ils constituent alors un véritable tatouage plus ou moins gênant pour la vision. Les particules métalliques rapidement enlevées ne laissent pas de traces ou laissent une cicatrice insignifiante; il convient néanmoins de s'assurer de l'intégrité de la vision quand la cornée est lésée dans les parties centrales. Contrairement aux éclats de pierre, les corps étrangers métalliques sont rarement septiques et les complications infectieuses qui surviennent sont presque toujours dues aux manœuvres septiques d'extraction.

444. — Il est exceptionnel de voir l'ulcération créée par une particule métallique prendre les allures de l'*ulcère infectieux malin;* il s'agit généralement d'infection légère qui se manifeste d'abord par de l'iritis. Les corps étrangers cornéens qui figurent au nombre de 78 dans notre statistique nous ont obligé 32 fois à mettre de l'atropine (infection légère), le lendemain ou le surlendemain de l'accident; à part 4 cas, toutes les complications que nous avons observées pouvaient être attribuées aux manœuvres d'extraction, d'ailleurs inutiles, subies dans l'atelier. On ne saurait donc trop recommander aux patrons d'adresser immédiatement l'ouvrier au médecin. Nous avons plusieurs fois insisté sur les dangers des extractions faites en dehors des médecins par des doigts sales et inhabiles; on nous a objecté très justement que la douleur déterminée par le corps étranger était telle que l'ouvrier, instinctivement, essayait de se débarrasser en se confiant aux mains du premier venu.

445. — *Corps étrangers profonds ou pénétrants.* — Le corps étranger, quel que soit son volume, peut pénétrer les tissus mous de la paupière, siéger, soit dans ces tissus, soit dans la cavité orbitaire, ou perforer les enveloppes fibreuses du globe pour se loger à l'intérieur de l'œil.

Les *corps étrangers des paupières* peuvent se loger définitivement dans le tissu cellulaire sous cutané après cicatrisation de la plaie externe. Nous nous souvenons très nettement d'un fait personnel qui nous est arrivé en 1898; nous avons extrait un boulon qui était logé depuis quatre mois dans le tissu lâche sous-cutané de la paupière inférieure; le patient avait été hospitalisé au moment de l'accident, la plaie causée par le corps étranger avait été suturée et s'était réunie par première intention. Il est nécessaire de rechercher le corps étranger; l'extraction rapide est le meilleur moyen d'éviter l'infection qui, en produisant des pertes de substance, peut créer des cicatrices vicieuses et déterminer pour l'œil une gêne fonctionnelle.

Les *corps étrangers de l'orbite* ont un caractère constant de gravité en raison de la configuration anatomique de la cavité orbitaire. L'exploration complète immédiate s'impose dès qu'on soupçonne l'existence d'un corps étranger orbitaire : on pourra avoir recours à la radioscopie et à la radiographie. « La réaction est peu prononcée quand les corps étrangers n'ont pas entraîné de substances infectantes dans l'orbite, et l'on est vraiment surpris de constater pendant combien de temps ces corps étrangers sont tolérés dans l'orbite sans provoquer d'autres phénomènes qu'une exophthalmie plus ou moins prononcée. » (De Wecker)

446. — Le plus souvent les corps étrangers sont septiques et, indépendamment de l'exophthalmie et de la gêne des mouvements du globe, il faut surtout considérer les *phénomènes inflammatoires* (phlegmon orbitaire) qui peuvent se produire plus ou moins tardivement et constituent parfois de très graves complications (infection cérébrale). Des troubles fonctionnels dus soit à la compression, soit à

l'infection, peuvent résulter de pareilles blessures et amener la perte complète de l'œil.

447. — *Corps étrangers intra oculaires.* — Nous appelons corps étranger intra-oculaire, tout corps étranger qui a franchi l'enveloppe externe du globe, cornée ou sclérotique. Le corps étranger peut séjourner dans la chambre antérieure, soit qu'il s'attache aux parois, soit que, libre, il tombe dans la partie déclive. Il peut aussi s'implanter dans le tissu irien ou traverser l'iris, se fixer dans le cristallin où il détermine une cataracte traumatique. Il peut enfin, en traversant la cornée ou en traversant la choroïde et la rétine, après avoir perforé la sclérotique, parvenir dans la cavité oculaire, c'est-à-dire dans le corps vitré; là il est entraîné par la pesanteur à moins que sa force de projection ne le fasse buter contre la paroi opposée au point d'entrée et lui assigne une direction déterminée.

448. — *Le diagnostic d'un corps étranger intra-oculaire* offre souvent de très grandes difficultés. On ne doit ajouter qu'une foi très relative aux renseignements du blessé qui affirme fréquemment à tort qu'il ne lui est rien resté dans l'œil. On doit se souvenir qu'un corps étranger aseptique et indifférent aux actions chimiques peut être longtemps toléré dans l'œil sans manifester sa présence par des symptômes cliniques bruyants. Il est très rare qu'on aperçoive le corps étranger qui s'est logé dans le cristallin, dans le vitré, ou s'est fixé sur le fond de l'œil : les milieux sont habituellement troubles et rendus inéclairables par la présence d'une hémorrhagie, d'une suppuration ou d'un décollement rétinien. Les symptômes d'infection intra-oculaire aiguë (panophthalmie) peuvent éclater sitôt après la blessure et obliger à l'énucléation ou à l'éviscération. Ces symptômes sont quelquefois tardifs ou revêtent une forme chronique d'infection. Le corps étranger est bien toléré, s'enkyste et, malgré l'absence de réaction, expose néanmoins aux dangers de l'ophthalmie sympathique. C'est précisément

dans ces cas où le diagnostic est fort embarrassant qu'il importe le plus d'être fixé sur la présence du corps étranger à l'intérieur de l'œil. Dans un cas de plaie perforante de l'œil due à un corps étranger on aura toujours intérêt à pratiquer l'examen radioscopique et à faire suivre cet examen d'une exploration radiographique. Mais la radiologie ne donne que des indications; « En aucun cas, le médecin ne devra subordonner sa conduite aux seuls renseignements fournis par les rayons X. Le dernier mot restera toujours à la clinique qui seule commandera de temporiser ou d'agir. » (Braunberger) (1).

449. — Si l'on excepte les corps étrangers de la chambre antérieure et de l'iris (2), qui permettent l'extraction en conservant la vision, les corps étrangers intra-oculaires ont un *pronostic particulièrement grave*, leur séjour prolongé est une menace incessante pour l'œil sain aussi bien que pour

---

(1) Th. Paris, 1902-03.

(2) Nous résumerons deux observations personnelles de corps étrangers de l'iris.

Observation I. — Gustave R., 14 ans, reçoit le 10 décembre 1897, dans l'œil droit, un éclat d'acier qui va se fixer sur l'iris, le corps étranger est visible dans la chambre antérieure, mais implanté dans le tissu de l'iris. Le 14 décembre, tentative infructueuse d'extraction; œil très calme, aucune réaction. $V = \frac{1}{6}$ (février 1898).

En septembre 1900 nouvelle opération; extraction d'un éclat d'acier de 3mm de longueur de forme triangulaire implanté par sa base dans le tissu de l'iris qu'on sectionne; amélioration de la vision $105 + 1.\ V. = \frac{1}{3}$.

Observation II. — François le G., 13 ans, reçoit un corps étranger dans l'œil droit le 20 décembre 1900. A la date du premier examen (27 décembre) on reconnaît très bien un corps étranger enroulé dans le tissu irien. Œil sensible, injection périkératique. Tentative infructueuse d'extraction le 27 décembre; l'œil dérougit. Une nouvelle tentative d'extraction (5 janvier 1901) amène un éclat d'ardoise entouré de tissu calcaire. — Suites opératoires parfaites (2 mars 1901) $V = \frac{2}{3}$.

l'œil blessé. C'est la région du tractus uvéal et du corps ciliaire qui réagit le plus violemment et expose le plus aux phénomènes sympathiques. En présence d'un corps étranger intra oculaire, on devra donc songer aux complications locales infectieuses plus ou moins aiguës et plus ou moins tardives; on devra songer en outre à la possibilité de l'ophthalmie sympathique.

b) *Plaies.*

450. — Nous entendons par plaies les pertes de substance ou solutions de continuité produites par l'agent vulnérant : ulcérations, piqûres, coupures, etc. Les plaies peuvent être superficielles ou profondes; elles sont dites perforantes quand elles ont pénétré les enveloppes du globe.

Plaies superficielles. — Les plaies superficielles des paupières ne méritent pas notre attention. Les ulcérations conjonctivales sont généralement bénignes; malgré leur caractère superficiel, elles peuvent cependant, suivant la disposition des surfaces cruentées, amener des adhérences (symblépharon).

On arrive facilement à éviter l'infection de ces sortes de plaies; il n'en est pas de même pour les érosions et plaies de la cornée où la gravité et la fréquence de l'infection nous obligent à envisager successivement les plaies non infectées et les plaies infectées.

451. — *Plaies non infectées de la cornée.* — Toute perte de substance de la cornée, même non infectée, laisse fatalement une cicatrice qui produira une opacité et une inégalité de courbure cornéenne. Suivant son siège, sa forme et son étendue, toute cicatrice est donc susceptible d'amener une diminution de vision. (Les 23 plaies simples de la cornée qui figurent dans notre statistique ont déterminé 4 fois une incapacité permanente partielle.)

Malgré le siège périphérique de l'érosion cornéenne, malgré le bon aspect que peut présenter l'ulcération, il y a

toujours lieu de réserver son pronostic, tant que la cicatrisation n'est pas faite, en raison de l'infection possible et plus ou moins tardive de la plaie.

Plaies infectées de la cornée. — L'infection d'une plaie cornéenne peut être peu accentuée et déterminer seulement de l'iritis légère; la surface ulcérée se trouble, mais ne s'étend pas. — Dans ce cas, un traitement approprié (atropine) vient facilement à bout de cette complication, et le pronostic, tout en devant être réservé, n'est pas notablement aggravé.

Mais l'infection peut être plus grave; une zone d'infiltration entoure les bords de la plaie qui s'agrandit, envahit progressivement le tissu sain de la cornée. L'*ulcère* prend un aspect jaunâtre en même temps qu'il se forme dans la chambre antérieure un dépôt de pus (*hypopyon*). Il s'agit alors d'un ulcère infectieux à hypopyon, affection dont on ne peut jamais prévoir les conséquences. En pareil cas, il se fait fréquemment une perforation plus ou moins large qui enclave l'iris lors de la cicatrisation ou produit un staphylôme. Les ulcères infectieux entraînent toujours une incapacité permanente, représentée soit par une diminution de vision, soit par la perte de la vision, soit même par la perte absolue de l'organe (énucléation).

452. — Les *ulcères infectieux à hypopyon* se rencontrent surtout chez les ouvriers qui travaillent la pierre (carriers, tailleurs de pierre). Nous voyons à cela plusieurs raisons. D'abord l'impossibilité de faire porter les lunettes protectrices malgré toutes les recommandations, ensuite le caractère particulièrement septique des éclats de pierre, enfin la fréquence des affections chroniques de la conjonctive et des voies lacrymales chez les ouvriers qui travaillent la pierre. Dans environ la moitié des cas, les ulcères infectieux de la cornée surviennent dans les yeux porteurs d'une conjonctivite chronique ou d'une dacryocystite. Or, les ouvriers qui travaillent la pierre présentent dans une grande proportion de la conjonctivite chronique avec ou sans ectropion, du larmoiement chronique et de la dacryocystite. Nous en trouvons

la cause dans ce fait que les carriers et les tailleurs de pierre sont presque toujours des cultivateurs (ouvriers agricoles), souvent très âgés, qui ont délaissé les travaux des champs et chez qui l'absence de soins élémentaires de propreté est absolue. La mauvaise hygiène ou plutôt le défaut total d'hygiène est, pour nous, l'origine non douteuse des conjonctivites et dacryocystites si fréquentes à la campagne. Nous pouvons être certains que, le jour où la loi sur les accidents du travail s'étendra aux ouvriers agricoles, le nombre des plaies infectées de la cornée et des incapacités permanentes qui en résultent sera considérablement augmenté.

453. — *Plaies profondes.* Les plaies profondes des paupières, de la conjonctive et de l'orbite déterminent parfois de graves conséquences même lorsqu'elles ne s'accompagnent pas d'infection. Une plaie profonde de la conjonctive est celle qui intéresse les tissus sous-jacents (muscles, capsule de Tenon); — elle peut donc entraîner un défaut de mobilité du globe lors de la cicatrisation et altérer la vision (diplopie). Aussi bien une gêne fonctionnelle résultera des cicatrices vicieuses consécutives à une plaie profonde des paupières (ectropion).

Le nerf optique peut être intéressé dans les blessures de l'orbite; nous avons dit, en parlant des corps étrangers de l'orbite, combien grave était le pronostic de ces sortes de blessures qui, soit par infection, soit par compression, entraînent ou sont susceptibles d'entraîner la perte de l'œil.

454. — *Plaies perforantes du globe.* Le corps vulnérant, en pénétrant dans l'orbite, a pu atteindre et perforer la sclérotique dans les régions latérales ou postérieures du globe, ce qui constitue une sérieuse complication et aggrave singulièrement le pronostic.

Le plus souvent, le corps vulnérant a frappé le pôle antérieur de l'œil et a déterminé une plaie pénétrante de la cornée qui intéresse plus ou moins la sclérotique et la région ciliaire.

La gravité de la blessure dépend de la nature des organes qui ont été intéressés et des complications infectieuses qui peuvent survenir.

Une plaie perforante de la cornée peut respecter le cristallin ; l'iris s'engage dans la plaie et la cicatrice se fait normalement en enclavant une portion plus ou moins grande d'iris. Les cas en apparence bénins où il y a conservation d'un orifice pupillaire entraînent une forte diminution de vision *(astigmatisme cornéen)* et il y a lieu de ne pas affirmer trop tôt la guérison en raison des complications tardives *(cataracte)*.

455. — Une *hernie de l'iris* oblige toujours à des réserves et nécessite un long traitement. Il ne peut y avoir ici de règles générales pour le pronostic ; il n'y a que des cas particuliers tant au point de vue des conséquences qu'au point de vue de la nature des lésions et du traitement à instituer.

456. — La *blessure directe du cristallin* est relativement fréquente. La cataracte traumatique peut se former sitôt après la blessure ; il faut attendre quelquefois un certain temps avant que l'opacité des masses cristalliniennes soit complète. La cataracte même opérée avec succès laisse toujours une incapacité permanente (V. troisième partie).

457. — Les *plaies perforantes qui intéressent la région ciliaire* ont une gravité particulière car elles exposent, plus qu'aucune autre variété de blessures, à l'ophthalmie sympathique. Quand la plaie intéresse le corps vitré, le pronostic est toujours très sombre (hémorrhagie, décollement de la rétine). Le Docteur Coppez (1), de Bruxelles, a pu réunir 720 cas de blessures pénétrantes du globe (96 fois avec pénétration de corps étrangers). De ce nombre il y eut 420 yeux perdus, 52 personnes devinrent aveugles, 203 énucléations et 29 exentérations furent pratiquées.

---

(1) *Bullet. Soc. franç. ophth.*, 1900.

Toute plaie pénétrante, quelle que soit son étendue peut s'infecter. L'infection revêt une forme subaiguë ou insidieuse (irido chroroïdite), ou une forme aiguë (panophthalmie). La statistique de Coppez donne un décès après énucléation, pour une panophthalmie compliquée d'abcès du cerveau.

c) *Brûlures.*

458. — Les brûlures sont produites par des agents variés : corps échauffés (parcelles de fer rouge, métaux en fusion, gouttes d'eau bouillante, huile brûlante) ; explosion de poudre ou de gaz; courts circuits; agents chimiques, les uns. alcalins (potasse, soude, ammoniaque, chaux), les autres. acides (acides sulfurique, nitrique, chlorhydrique).

Les *brûlures des paupières* peuvent n'intéresser que les cils ou le bord libre ou intéresser une surface plus ou moins grande du tissu palpébral. Leur gravité dépend de leur profondeur; l'ectropion cicatriciel et le symblépharon en sont quelquefois le résultat.

La *brûlure légère de la conjonctive* produit seulement de l'hyperhémie conjonctivale, mais, dès qu'elle est plus profonde, il se forme par mortification une escharre grisâtre dont la cicatrisation est lente, et peut aboutir à des désordres divers : *symblépharon, ankyloblépharon, ectropion, trichiasis partiel, ptérygion cicatriciel*, déviation des points lacrymaux. Le danger est en rapport direct avec la largeur et la profondeur de l'escharre ; une brûlure concomitante de la sclérotique vient encore compliquer dans certains cas la lésion conjonctivale.

Les *brûlures de la cornée* sont spécialement dangereuses. Les corps comme les liquides fortement chauffés (eau, huile) ou les métaux en fusion agissent seulement par leur température, mais d'autres agents, acides, soude, potasse et surtout la chaux modifient encore la cornée grâce à leurs propriétés chimiques. Dans les cas très légers, il y a seulement desquamation simple de l'épithélium cornéen et la membrane reprend sa transparence ; le plus souvent l'altéra-

tion du tissu cornéen laisse une opacité qui persiste, capable de diminuer ou d'abolir la vision. Quand toute l'épaisseur de la cornée est intéressée, il se forme une escharre jaunâtre dont la chute détermine une perforation avec toutes ses conséquences.

Il est fort difficile de diagnostiquer le degré d'une brûlure cornéenne et le médecin est obligé à de prudentes réserves. On ne saurait oublier dans aucun cas que la cicatrisation est toujours lente, que les lésions permanentes sont dues au tissu cicatriciel et qu'il est nécessaire d'attendre la guérison définitive pour être exactement fixé sur les résultats fâcheux de la brûlure.

d) *Contusions.*

459. — Les contusions comprennent les diverses lésions que l'agent vulnérant a pu provoquer sans pénétrer lui-même dans l'épaisseur des tissus de l'organe.

Les *ecchymoses* palpébrales, conjonctivales ou sous conjonctivales ne nous intéressent qu'autant qu'elles s'accompagnent de lésions du globe oculaire. L'exploration des milieux et du fond de l'œil n'est souvent possible en pareil cas (gonflement palpébral) que plusieurs jours après l'accident. Nous ne ferons que mentionner la possibilité de la formation d'un *hématome rétrooculaire* susceptible de produire une exophthalmie ou une déviation fixe de l'œil. Un épanchement de sang abondant a été noté comme un symptôme d'une fracture des parois ou du rebord de l'orbite.

460. — Une forte contusion du globe peut occasionner des *lésions de l'iris, du cristallin, du corps vitré, des membranes profondes, de la sclérotique et de la cornée.*

Un symptôme commun des contusions du globe est la présence de sang dans la chambre antérieure. Cet hypohéma plus ou moins abondant se résorbe d'ordinaire assez vite; mais, comme il est un obstacle à l'examen de l'œil, il oblige à réserver le pronostic jusqu'à sa disparition.

Un choc sur le globe peut, avec ou sans autre lésion, pro-

voquer une paralysie du sphincter irien (*mydriase traumatique*). Le décollement partiel de l'iris est relativement fréquent (*iridodialyse*); le décollement total de l'iris est très rare (*aniridie traumatique*). Le renversement de l'iris est exceptionnel. Moins rares sont les déchirures radiaires de l'iris dont nous avons publié deux cas (1).

461. — Les *blessures de l'iris* par contusion déterminent un trouble plus ou moins gênant de la vision; quand il n'y a pas d'ouverture de la chambre antérieure, les blessures de l'iris sont cependant bénignes et l'absence de réaction est la règle.

Les *lésions du cristallin* dues aux contusions peuvent consister dans une luxation complète ou incomplète du cristallin cataracté ou non cataracté et dans la formation d'une cataracte traumatique.

La Zonule de Zinn peut se déchirer soit en un point, soit sur une grande partie de son étendue. La subluxation du cristallin peut être très légère et déterminer seulement de la myopie et un certain degré d'astigmatisme. Le plus souvent elle détermine une gène très complexe de la vision. Le cristallin ainsi déplacé peut s'opacifier; il peut aussi se luxer tout à fait, jouer le rôle de corps étranger, irriter la région ciliaire, produire de l'*iridocyclite* et de l'*ophthalmie sympathique*.

462. — La *cataracte traumatique* qui, comme nous l'avons vu, résulte fréquemment d'une blessure directe du cristallin, s'observe aussi après une contusion du globe. Il est des cas où elle se forme tardivement et plusieurs mois après l'accident. L'imbibition des masses corticales après rupture de la capsule est parfois très lente; l'opacification peut aussi être due à des troubles de nutrition qui dépendent des lésions concomitantes du fond de l'œil (*cataracte par inanition*).

---

(1) Blessure radiaire de l'iris par contusion (Deux cas). La clinique ophtalmologique, 1900.

463. — L'*hémorrhagie* consécutive à une contusion que l'on constate *dans le corps vitré* peut se résorber sans laisser de traces. Elle laisse parfois des opacités persistantes, donne lieu à la formation de tractus membraneux et s'accompagne de lésions de la choroïde ou de la rétine. Ces lésions des membranes profondes sont tantôt un décollement de la rétine, tantôt des hémorrhagies rétiniennes, tantôt une déchirure de la choroïde. On conçoit l'importance de pareilles lésions puisqu'elles entraînent la perte plus ou moins complète de l'œil.

464. — Les *ruptures de la choroïde* peuvent être produites par des contusions directes ou indirectes (chute sur la tête) du globe de l'œil. Elles s'observent surtout au voisinage du pôle postérieur de l'œil en dehors du nerf optique. Nous en résumerons ci-dessous trois observations personnelles. La vision est toujours très altérée et souvent abolie (1).

465. — La violence du choc est telle que l'œil éclate et l'on constate alors une rupture de l'enveloppe fibreuse du

---

(1) Observations (Rupture traumatique de la choroïde).

Observation I. — Ca..., 13 ans, reçoit un coup de pierre dans l'œil droit le 9 juillet 1899; pas de plaies; ecchymose palpébrale; mydriase traumatique.

Rupture de la choroïde en demi-cercle à quelques millimètres au-dessous de la papille $V = \frac{I}{15}$.

Observation II. — C..., 25 ans, ouvrier en bâtiment. Le corps contondant est une barre de fer dont l'extrémité vient frapper l'œil droit (24 mai 1900); hémorrhagie sous conjonctivale; large rupture de la choroïde en dehors du nerf optique intéressant la région musculaire $V = O$.

Observation III. — Yves R..., 14 ans reçoit le 7 mai 1902 dans l'œil droit un caillou projeté avec force. Hypohéma, très abondant, ne permettant l'examen de l'iris que le 15 mai. Iridodyalyse.

Rupture de la Choroïde en dehors du nerf optique au voisinage presque immédiat de la papille et parallèlement aux bords papillaires $V = \frac{I}{6}$.

globe. La *rupture de la cornée* seule est rare; elle se lie généralement à la solution de continuité de la partie attenante à la sclérotique.

466. — Les *ruptures de la sclérotique* sont relativement fréquentes; elle surviennent soit au point d'application du choc, soit au point diamétralement opposé; dans la majorité des cas la sclérotique se rompt dans un de ses points faibles, au voisinage d'un des muscles droits et la solution de continuité est parallèle aux bords de la cornée dont elle reste distante de 2 à 3^{mm}. Comme le fait très justement remarquer GORECKI dans sa thèse, les ruptures de la sclérotique se font nettement, comme si la blessure avait été produite par un instrument tranchant, considération très importante en médecine légale. Bien qu'on ait cité des cas de ruptures simples où une intervention opératoire (sutures conjonctivales-scléroticales) fut suivie d'un résultat excellent, ces blessures donnent lieu à de nombreuses complications infectieuses ou autres, et entraînent la plupart du temps la perte de l'œil.

c) *Troubles oculaires indirects ou post-traumatiques*

467. — Les affections traumatiques qui ont fait l'objet des chapitres précédents sont caractérisées par des lésions oculaires directement produites par le corps vulnérant. Le médecin et surtout le médecin expert aura en outre à tenir compte des lésions oculaires indirectes dues à un traumatisme périorbitaire, des troubles fonctionnels qui accompagnent ou suivent une blessure extra-oculaire, des symptômes qui accompagnent les maladies post-traumatiques.

Une chute sur la tête peut déterminer une contusion indirecte du globe oculaire et donner lieu à une rupture de la choroïde. Des chocs violents sur le crâne et des écrasements portant sur le front et les tempes donnent parfois naissance à des fractures de la voûte orbitaire. Dans les fractures indirectes de l'orbite qui se lient à celles de la base

du crâne, le nerf optique est fréquemment intéressé, il y a fêlure du canal optique, déchirure de la gaîne du nerf, déplacement possible d'une esquille; il en résulte une atrophie du nerf optique, cause de cécité complète. Si la fente sphénoïdale est intéressée par le trait de fracture, on peut constater la paralysie d'un ou plusieurs nerfs moteurs de l'œil avec leurs conséquences pour la vision (diplopie).

La *paralysie faciale traumatique* entraîne une gêne fonctionnelle très grande (*lagophthalmos*) nous en reparlerons plus loin (V. 3e partie).

468. — *Maladies post-traumatiques.* — Des troubles oculaires d'ordre divers, de nature nerveuse, peuvent s'observer à la suite d'un traumatisme oculaire léger ou d'un choc traumatique quel qu'il soit. Ils peuvent aussi survenir à la suite d'un choc moral ou physique (collision) et jouent un grand rôle dans les maladies post-traumatiques.

Ils consistent quelquefois en une simple gêne de la convergence et de l'accommodation; fatigue dite accommodative, qui empêche le sujet de continuer un travail commencé et ne lui permet pas d'appliquer son attention d'une façon soutenue. Les troubles d'accommodations dont nous parlons ne s'accompagnent pas toujours de céphalalgie et existent souvent avec un champ visuel normal; ils caractérisent l'affection désignée sous le nom de « *névrose traumatique* », étudiée surtout chez les victimes des accidents de chemin de fer et coïncident fréquemment avec des manifestations générales sensitives ou motrices, sensorielles, intellectuelles.

D'autres fois, on est en présence de manifestations oculaires nettement hystériques : diminution de l'acuité visuelle (*Amblyopie hystérique*), rétrécissement concentrique du champ visuel avec inversion des couleurs, troubles chromatiques, troubles de la perception (*polyopie*, *macropsie*, *micropsie*), phénomènes pupillaires, contractures et spasmes, nystagmus; blépharospasmes et pseudo-paralysies oculaires (*diplopie*). Ces phénomènes oculaires post-traumatiques peuvent survenir tardivement et durer fort longtemps. Ils

sont graves ou bénins suivant leur intensité ou leur persistance.

Des troubles analogues à ceux qui caractérisent la névrose traumatique et l'hystéro-traumatisme se voient chez les ouvriers électriciens. TERRIEN (1) les a classés en troubles fonctionnels (diminution de l'acuité et du champ visuel); en troubles nerveux sensitifs (céphalagie), moteurs (blépharospasme), ou secrétoires (larmoiement).

469. — *L'état antérieur* de l'appareil oculaire (œil et annexes) est fort important à connaître; il peut être un facteur étiologique de l'accident, influer sur la gravité et le pronostic de la blessure, permettre enfin d'apprécier plus équitablement la responsabilité lors de la guérison.

Nous savons que l'accident est plus fréquent chez l'ouvrier qui travaille dans des conditions anormales ou imprévues; il est plus fréquent chez l'ouvrier qui est gêné dans sa vision et qui, par là même, travaille dans des conditions anormales. Un œil dont la vision est diminuée, soit par un vice de réfraction (amétropie), soit par une lésion congénitale ou acquise, inflammatoire ou accidentelle, est un œil particulièrement exposé aux traumatismes.

L'observation confirme ce que la logique fait prévoir; les médecins qui donnent régulièrement leurs soins aux blessés d'un même atelier ou d'une même industrie peuvent s'en rendre compte.

470. — Les *complications infectieuses* aggravent singulièrement le pronostic des affections traumatiques de l'œil. — L'infection est généralement causée par l'état septique de l'agent vulnérant; dans un certain nombre de cas, il est indiscutable que l'état antérieur des annexes de l'œil blessé détermine l'infection ou tout au moins donne à l'infection une allure grave. La fréquence des conjonctivites ou dacryocys-

(1) *Soc. ophth.*, Paris, 1902.

tites dans les suppurations cornéennes (ulcères infectieux à hypopyon) en est la preuve.

Le médecin devra donc se renseigner autant qu'il lui sera possible sur l'état antérieur de l'appareil oculaire du blessé. En ce qui concerne l'état des annexes, sa tâche sera facile et la constatation d'une affection chronique de la conjonctive et surtout des voies lacrymales l'obligera à de grandes réserves, quant à la durée et au pronostic de la blessure. Il est plus difficile de se renseigner sur la vision antérieure de l'œil et sur les lésions oculaires antérieures à l'accident; toutefois, on ne négligera aucun moyen (éclairage oblique) qui permette de découvrir d'anciennes lésions, telles que des cicatrices cornéennes.

471.— La cause qui a aggravé la blessure (état pathologique des annexes) peut aussi retarder la guérison et créer après guérison de nouvelles complications (réinfection de la cicatrice). Une dacryocystite n'est pas facilement curable et les mauvaises conditions d'hygiène qui, souvent, lui ont donné naissance, ne seront pas changées après l'accident.

La connaissance de l'état antérieur peut enfin servir lorsqu'on a à apprécier les conséquences du traumatisme.

La présence reconnue d'une cicatrice cornéenne ancienne qui empiète sur le champ pupillaire témoigne que l'œil a déjà subi une diminution de vision antérieure à l'accident et par suite distincte de l'incapacité qui peut résulter de la blessure.

Il est de toute justice et de toute évidence que la responsabilité patronale est diminuée en pareil cas.

Ouvrages a consulter : Baudry. Étude médico-légale sur les traumatismes de l'œil et de ses annexes. Paris, 1904. — Borel. Hystéro-traumatisme oculaire. *Ann. ocul.*, 1900. I. — Charles. La simulation des affections oculaires. Th. Lille, 1902-03. — Clause. Th. Nancy, 1901-02. — Gorecki. Th. Paris, 1901.

CHAPITRE XI

Maladies de l'oreille.

Rareté des lésions auriculaires. — Lésions directes et indirectes. — Traumatismes de l'oreille moyenne : rupture du tympan, otite purulente. — Oreille interne : vertige de Ménière ; hémorrhagies du labyrinthe. — Expertise. — Mesure de l'acuité auditive. — Epreuves de Weber, — de Rinne, — de Schwabach. — Influence de la profession.

472. — Les maladies de l'appareil auditif ne nous arrêteront guère. Il est rare que l'oreille ou ses annexes soient lésés dans les accidents du travail ; de plus l'examen de cet organe est tellement particulier qu'il demande à être fait par un spécialiste. Le praticien ne pourra le plus souvent que se rendre compte de l'existence de la lésion. Dans certains cas, cependant, un examen même sommaire lui fournira des renseignements intéressants.

En dehors des *lésions par blessure directe* ayant frappé l'oreille externe, les causes les plus fréquentes des lésions auriculaires seront les traumatismes du crâne, soit par chute d'un lieu élevé, soit par un choc violent. Les symptômes de commotion cérébrale masqueront généralement les troubles du côté de l'oreille ou auront une telle importance que ces derniers n'attireront pas d'abord l'attention du médecin. Plus tard seulement, celui-ci s'en préoccupe, lorsque le danger immédiat a disparu. Les chutes sur le siège, sur les genoux, sur les pieds avec ébranlement général peuvent aussi provoquer une *commotion de l'appareil auditif* et y déterminer dans certains cas des hémorrhagies. Haug a

signalé une hémorrhagie dans les deux oreilles moyennes, produite dans ces conditions (1). Les *bruits très intenses* : coups de canon, coups de mine, coups de sifflet peuvent parfois provoquer des lésions de l'oreille : rupture du tympan, altération de l'oreille interne elle-même. Enfin, les otologistes ont eu à observer des accidents provenant de la *décompression brusque* chez les plongeurs, chez les ouvriers des caissons.

Quelle que soit la cause des lésions, l'oreille moyenne et l'oreille interne peuvent être lésées simultanément. La brusque compression de l'air contenu dans la caisse du tympan peut provoquer des altérations matérielles du labyrinthe qui se traduisent par des troubles souvent irrémédiables.

473. — Du côté de *l'oreille moyenne*, les complications les plus fréquentes du traumatisme sont la *rupture du tympan* et *l'otite purulente*.

La *rupture du tympan* peut ne pas présenter une bien grande gravité et n'avoir qu'un pronostic très bénin. Cependant il importera toujours de déterminer si elle est de date récente ou ancienne. Une otorrhagie bien constatée est évidemment en faveur de l'étiologie traumatique ; cependant elle peut se produire en dehors de toute lésion du tympan, s'il y a déchirure du conduit externe. Parfois, un examen même tardif montrera du sang desséché, indice de l'écoulement sanguin qui aura passé inaperçu. La déchirure ancienne du tympan aura des bords plus arrondis, moins irréguliers que celle remontant à quelques heures ou même à quelques jours. De plus, la rupture récente laissera voir, si elle est suffisamment large, les parois de la caisse avec leur coloration normale au lieu des altérations siégeant dans les oreilles moyennes atteintes de suppuration chronique ou aiguë. Parfois, l'odeur si caractéristique du pus s'écoulant des oreilles, dans le cas d'une vieille otorrhée, éclairera le diagnostic.

(1) Aertz. Sachv. Zeit. 1903, an. in *Bull. ass. int. méd. exp.*, 1903.

474. — *L'otite moyenne aiguë* est souvent une complication de la rupture du tympan à cause de la pénétration des germes infectieux qui peut se faire librement. Parfois aussi, elle peut se produire, sans qu'il y ait rupture de la membrane. Itard a montré que des dépôts sanguins pouvaient se former dans l'oreille moyenne sous l'influence de traumatisme (Duplay). Ces dépôts peuvent ultérieurement donner lieu à une collection suppurée et à toutes ses complications. En présence d'une otorrhée, Castex conseille, pour la détermination de sa date, de se baser sur l'odeur forte du pus, les dimensions vastes de la perte de substance, l'état scléreux enfoncé, la couleur grisâtre du tympan, tous signes qui feront conclure à une suppuration très ancienne; de plus, on examinera les cavités voisines : nez, pharynx, qui parfois permettent d'expliquer une suppuration sans la rapporter nécessairement au traumatisme.

475. — Le symptôme post-traumatique le plus fréquent dans les lésions de l'oreille interne est le *vertige de* Ménière. Il peut se montrer un temps variable après l'accident qui, généralement, aura été grave. Peut-être le refroidissement peut-il jouer un rôle dans l'étiologie de cette affection; tout au moins, cette cause est-elle invoquée par Haug (1) dans un cas où il existait déjà une ancienne otite moyenne. Il est à noter que cette affection peut se déclarer à l'improviste et spontanément chez des individus paraissant en bonne santé générale et locale. Le médecin devra donc tâcher de s'assurer de la réalité de l'accident. De plus, les vertiges pourront être le fait de l'hystéro-traumatisme (Castex).

476. — La surdité qui se manifeste dans les lésions de l'oreille interne peut ne pas toujours avoir un pronostic absolument fâcheux. Un *épanchement sanguin du labyrinthe* peut probablement se résorber en partie et il se produira dans ce cas une amélioration progressive.

---

(1) Aertz. Sachver. Zeitg. 1903 an. *in. Bull. ass. méd. exp.*, 1903.

477. — Quelle que soit l'importance de la *surdité* accusée par le blessé, le médecin devra se rendre compte de *l'origine* de cette infirmité. Il peut s'agir d'une lésion de l'oreille externe : rétrécissement cicatriciel du conduit empêchant la propagation des sons, ou au contraire d'une affection de l'oreille moyenne ou interne.

On devra d'abord mesurer l'acuité auditive restante. En dehors des procédés de précision, Castex donne les chiffres suivants, pour les limites maximum de perception de la voix humaine.

Voix chuchotée.	20 mètres
Voix haute	50 —
Voix criée	450 —

Il est important que, dans les rapports, on ne se contente pas d'une expression vague : acuité auditive diminuée, qui ne permettrait que difficilement une révision dans le cas d'aggravation ou d'amélioration.

478. — Le *pronostic de la surdité* s'établira souvent par l'étude de sa cause. Les épreuves de Weber, de Rinne, de Schwabach seront pratiquées; le plus souvent ce sera le rôle du médecin spécialiste, mais le praticien devra être à même au moins de comprendre les résultats de ces recherches.

L'épreuve de Weber consiste à placer sur le vertex du sujet un diapason de tonalité très basse; si le son est mieux perçu par l'oreille saine, ou par la moins atteinte, dans la surdité bilatérale, c'est que la lésion porte sur l'appareil nerveux de l'audition; au contraire, si le son est mieux perçu du côté malade, c'est qu'il y a seulement, dans l'oreille externe ou dans l'oreille moyenne, un obstacle à la transmission des ondes sonores.

479. — Dans l'*épreuve de* Rinne, le diapason est placé sur l'apophyse mastoïde du côté malade. Lorsque le sujet déclare ne plus entendre, on présente aussitôt, et, sans le faire résonner à nouveau, le diapason devant le conduit auditif.

Une oreille normale doit, dans ces conditions, continuer à entendre le diapason. S'il y a obstacle au son dans l'oreille externe ou l'oreille moyenne, elle n'entendra pas par l'intermédiaire de l'air, lorsqu'elle n'entendra plus par celui des os; enfin, si la lésion siège au niveau du labyrinthe, la perception se fera plus longtemps devant le méat auditif que par les os et le diapason ne sera entendu que fort peu par l'intermédiaire de ces derniers.

480. — La *méthode de* Schwabach est basée sur la durée de perception du son d'un diapason posé sur le vertex. Cette durée sera au dessus de la normale si c'est l'appareil de transmission qui est touché; au-dessous de la normale, si, au contraire, la lésion siège dans l'appareil récepteur.

Dans toutes les expertises portant sur l'appareil auditif, il y aura lieu de se rappeler que certaines professions où les ouvriers travaillent au milieu du bruit (ouvriers de chemin de fer, tonneliers, forgerons, etc.) amènent à la longue des troubles chroniques de l'audition. La grosse difficulté viendra bien souvent de la mauvaise foi d'un individu qui voudra rapporter à un accident réel une affection auriculaire de date ancienne. Lucas en a étudié un bel exemple dans sa thèse (1).

Les affections de l'oreille se prêtent d'autant plus facilement à ce genre de fraude, que, peu accusées, elles sont souvent très faciles à dissimuler pendant longtemps. Si jamais les patrons ou les Compagnies d'assurances contre les accidents se décident à exiger des ouvriers un livret sanitaire, l'examen des oreilles devra demander une attention toute particulière.

Enfin, on devra, dans l'appréciation des lésions de l'oreille, tenir compte des troubles neurasthéniques, fréquemment consécutifs aux affections de cet organe. Quant aux troubles de l'équilibre qui peuvent se montrer, d'après Castex, ils disparaîtraient généralement dans les quelques mois qui suivent l'accident.

(1) Sur un cas de surdité rapporté à faux au séjour dans l'air comprimé. Th. Paris, 1899-00.

II

LE MÉDECIN ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

CHAPITRE PREMIER

Le droit du sinistré aux soins médicaux.

Liberté du choix du médecin laissée au blessé. — Intérêts du patron et du blessé. — Cas où le patron est affilié à une société de secours mutuels. — Cas où le patron est assuré. — Chômage abusif. — Nécessité du contrôle par le patron. — Modification proposée à l'article 4. — Droit de changer de médecin, au cours du traitement. — Soins d'un empirique. — Refus de soins. — Refus d'opération. — Non responsabilité du patron pour la faute du médecin. — Faute lourde du médecin.

481. — Les lois étrangères ouvrières édictées soit antérieurement, soit postérieurement à la loi française ont toutes explicitement imposé à l'ouvrier blessé, l'obligation d'accepter le médecin du patron, de la corporation ou de la Compagnie d'assurances, ou tout au moins de faire contrôler par lui l'état du malade. Les lois anglaise, danoise, suédoise, espagnole établissent les conditions dans lesquelles se fera le contrôle du médecin du patron; la loi hollandaise autorise la Banque royale d'accidents à convoquer le blessé devant des experts aussi souvent qu'elle le juge convenable. La loi allemande permet au médecin de la corporation de décider du traitement et lui donne même le droit s'il y a lieu, de faire transporter le blessé dans un hôpital. La loi belge ne laisse

le choix du médecin à l'ouvrier, que si le patron n'a pas établi un service médical, ou n'a pas convenu avec son employé qu'il se chargeait de ce service.

La loi française a été conçue dans un sens plus libéral. Elle laisse à l'ouvrier le choix de son médecin; c'est ce qu'on a appelé la *liberté de confiance*.

L'article 4 de la loi dit en effet :

Le chef d'entreprise supporte en outre les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de cent francs au maximum.

Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite.

482. — Ce principe de la liberté du choix du médecin est une question des plus discutées dans le monde économique. On a invoqué, pour le justifier, que la confiance plus ou moins grande du malade en son médecin était d'une grosse importance sur l'évolution de son affection. Cet argument a certainement une grande valeur. Nous venons de voir cependant que, partout ailleurs qu'en France, il n'a pas semblé décisif. Le système allemand fonctionne depuis vingt ans et il paraît avoir donné des résultats satisfaisants, si bien que le Bureau Impérial d'assurances de la Basse Autriche, se basant sur l'expérience allemande, a demandé le droit, pour les bureaux d'assurances, de se charger du traitement (Bernacchi) (1). Un des rapporteurs au Congrès de Bruxelles contre les accidents du travail en 1897 disait :

L'humanité et l'intérêt du patron sont d'accord pour que le malade soit défendu contre son inexpérience et les abus qui en résultent, (Darcy).

Ce qui a envenimé un peu la discussion sur le libre choix du médecin, ce qui a amené des excès de langage, c'est que

(1) Cong. intern. accid. du trav., Bruxelles, 1897.

des questions d'intérêt étaient en jeu. Les Compagnies d'assurances qui se trouvent, dans presque tous les cas, substituées aux patrons, avaient avantage à faire soigner le blessé par leurs médecins, à cause du prix plus ou moins réduit qu'elles obtenaient de ceux-ci. D'un autre côté, les médecins voyaient ainsi leur échapper, au profit d'une partie restreinte du corps médical, des clients pour lesquels les honoraires dus étaient désormais d'un paiement assuré. De là, une certaine âpreté dans la lutte. La question doit être jugée de plus haut et l'on doit seulement chercher une solution ne lésant ni le patron, ni l'ouvrier.

483. — L'intérêt bien entendu de l'ouvrier, celui du patron ou de la Compagnie d'assurances se confondent sur la plupart des points. Pour tous les deux, le but à atteindre est la guérison aussi parfaite que possible; c'est là l'intérêt supérieur de l'humanité puisque tout invalide est une force perdue pour la société. Mais, où les intérêts patronaux et ouvriers divergent, c'est dans le conflit qui peut se produire au moment du règlement de l'indemnité pour incapacité permanente. Si le médecin de la Compagnie d'assurances refuse des renseignements sur la nature exacte du traumatisme ou sur les troubles observés consécutivement, le sinistré pourra bien parfois être dans l'impossibilité d'établir une relation de cause à effet entre l'accident et l'affection dont il est atteint. Le fait sera moins fréquent qu'on ne l'a voulu prétendre, mais il se produira. D'autre part, si l'ouvrier se fait soigner par le médecin de son choix, on peut admettre que celui-ci aura une certaine complaisance à écouter les dires de son malade et à le laisser prolonger son repos plus longtemps qu'il n'est nécessaire. Nous irons même plus loin; nous dirons que le médecin traitant un accidenté ne peut lui enjoindre de reprendre son travail et n'a aucun moyen d'action sur lui, s'il n'est pas le médecin de la Compagnie d'assurances. Quelle que soit la solution adoptée, on voit qu'elle n'est pas entièrement satisfaisante. Nous verrons plus loin s'il n'y a pas un moyen de concilier les intérêts en présence.

484. — Nous constaterons tout d'abord que la liberté qu'a l'ouvrier de choisir son médecin subit pourtant une restriction dans un cas. C'est celui où le patron, usant du droit qui lui est conféré par l'article 5 de la loi, a affilié ses ouvriers à une société de secours mutuels fonctionnant régulièrement et assurant à ses membres les soins médicaux et pharmaceutiques. La plupart de ces sociétés astreignent leurs participants à accepter le service médical organisé par elles. Par conséquent le mutualiste n'a pas le droit de faire choix d'un médecin, ou, tout au moins, il ne peut le faire qu'à ses frais, sans recours contre son patron, que l'article 5 dispense dans ces cas du paiement des frais médicaux (Sachet).

485. — Mais revenons au cas le plus ordinaire. Le patron est assuré à une Compagnie quelconque. Avant la loi de 1898, la clause d'accepter les soins du médecin de cette Compagnie était inscrite dans presque tous les contrats. Actuellement cette clause serait évidemment déclarée nulle, même acceptée par l'ouvrier lors de l'embauchage, comme condition contraire aux dispositions de la loi et frappée de nullité par cela même (Art. 30). Personne ne discute sur ce point, et, s'il est quelques Compagnies qui tentent d'imposer à l'ouvrier l'obligation de recourir aux soins de leur médecin, la plupart lui laissent la latitude complète du choix et n'exercent aucune pression sur lui.

Cependant on doit se demander si la Compagnie d'assurances n'a pas le droit de faire visiter le blessé par un médecin, en dehors du médecin traitant. Nous avons déjà eu à étudier un point particulier de la question à propos de l'établissement du premier certificat, mais la même difficulté existe pendant toute la durée du traitement. Certains auteurs ont tranché la question par la négative et ont conseillé à l'ouvrier d'éconduire le médecin d'assurances qui se présente chez lui. Il est pourtant hors de doute que le contrôle a sa raison d'être. Le médecin lui-même du blessé devrait être le premier à le provoquer : en effet, tenu par le secret professionel, il ne doit fournir, sauf s'il est autorisé par son malade, aucun rensei-

gnement au patron. Il n'a le droit d'aviser celui-ci, ni d'un chômage prolongé, ni d'une exagération évidente. Prenons le cas d'un blessé atteint d'une plaie de la main, par exemple; il se présentera à certains jours chez son médecin, se fera faire des pansements qui s'espaceront peu à peu. Un jour viendra où les pansements cesseront d'être utiles, mais cependant la cicatrice ne sera pas encore assez solide pour permettre le maniement de l'outil. Le médecin fixera la consultation suivante à 8 jours, mais il ne recevra la visite de son client que le douzième ou le quinzième jour. Sa conviction sera que la reprise du travail aurait pu avoir lieu plus tôt; il ne pourra pourtant rien en dire et son certificat sera ainsi conçu : « X... peut reprendre son travail à la date de ce jour. »

Nous voulons bien que la perte pour la Compagnie ait été minime; deux ou trois jours de demi salaire ne sont que peu de chose. Mais la répétition de cette perte sur un grand nombre de sinistrés fera à la longue un total imposant. Nous ne ferons pas l'honneur de la discussion à l'argument tiré de la richesse de ces collectivités financières : tel qui l'émet serait étonné de se voir soulagé d'une faible partie de son superflu, par un individu faisant une application de lathéorie.

486. — Nous avons pris le cas d'un médecin scrupuleux; mais à côté d'un grand nombre de praticiens vraiment honnêtes, il en est qui ne reculent pas devant certaines complaisances, certains, nous voulons les croire très rares, en se rendant complices conscients de la fraude, d'autres, pour des motifs d'humanité trop souvent invoqués dans la question d'assurances ouvrières. L'humanité n'a rien à voir ici. Il s'agit simplement : d'un côté, de l'exercice d'un droit, de l'autre, de l'accomplissement d'une obligation légale. Réclamer plus que le droit est un dol aussi bien qu'essayer de se soustraire à l'obligation.

487. — Le droit pour l'ouvrier de choisir son médecin ne se comprend pas, s'il n'y a pas en même temps pour le patron,

le droit de suivre le malade, de s'assurer de son état et du degré de validité. C'est ce qu'écrivait le Docteur PRADEL dans un récent article (1) :

La Compagnie d'assurances ne sort donc pas de son droit strict en exigeant et en continuant à exiger que *ses médecins* contrôlent, non pas les traitements de leurs confrères traitants, mais les blessures des sinistrés, s'assurant que ceux-ci sont bien dans l'incapacité de travailler et reprennent leur travail dès qu'ils en ont la possibilité.

Le Prof. BROUARDEL de son côté dit :

Au début, certains médecins traitants avaient voulu interdire au médecin du patron ou de la Compagnie d'assurances l'accès auprès du blessé. Ces médecins avaient tort... (2)

On doit reconnaître pourtant que ce droit n'est pas inscrit dans la loi ; si le patron a des doutes sur la réalité du sinistre, sur la durée de l'incapacité de travail, il doit donc, d'après la législation actuelle, provoquer par le juge la nomination d'un médecin expert. C'est précisément l'obligation de cette procédure que l'ouvrier pourra exploiter, se disant que le patron reculera devant des frais et acceptera plutôt les dires de l'intéressé.

Aussi ne peut-on, à notre avis, qu'applaudir au projet actuellement pendant devant le Sénat et ajoutant à l'article 4 le paragraphe suivant (3) :

Au cours du traitement le chef d'entreprise pourra désigner au juge de paix son représentant ou le médecin de son choix appelé à le renseigner hebdomadairement sur l'état de la victime hospitalisée ou non. Le juge de paix remettra audit représentant ou médecin un visa lui permettant d'avoir un accès hebdomadaire auprès de la victime.

Cette disposition ne viole les droits de personne, ne cause

(1) *Revue moderne de médecine et de chirurgie*, 1903.

(2) BROUARDEL. La profession médicale au commencement du XXe siècle.

(3) Au moment où nous mettons sous presse, le Sénat vient d'adopter ce paragraphe en première lecture.

aucun préjudice à l'ouvrier; elle lui laisse entièrement la faculté de choisir son médecin, mais, en permettant la visite hebdomadaire, elle évite des fraudes, dont la possibilité aurait pour résultat de détourner toute une partie de la clientèle au profit des tarés de la profession médicale.

488. — Il semble d'ailleurs qu'entre confrères le conflit n'aurait pas dû prendre le caractère d'acuité que nous avons constaté. La simple déontologie, la délicatesse la plus élémentaire, jointe à l'admission de ce principe que les malades ne sont pas une propriété personnelle, eussent dû suffire à aplanir toutes les difficultés, à éviter tous les froissements. La solution est bien facile. Elle a été proposée par M. Diverneresse (1) : c'est que le médecin de la Compagnie et le médecin traitant prennent rendez-vous auprès du blessé et l'examinent ensemble. S'ils ne se mettent pas d'accord, alors, seulement, il y aura lieu d'avoir recours à l'expertise.

489. — Le droit du blessé de choisir son médecin s'étend-il jusqu'à *pouvoir le changer* autant de fois qu'il le veut? On a prétendu que oui. Il faut cependant distinguer. Un ouvrier qui appelle un autre médecin seulement parce que le premier l'a déclaré guéri, s'exposerait à de sérieuses difficultés. Il y a là une question de fait. Le tribunal de paix du sixième canton de Nantes (23 février 1903) a eu à juger une affaire de ce genre : il s'agissait d'un ouvrier qui, tout en acceptant les soins du médecin de la Compagnie d'assurances, se faisait soigner à l'insu de son patron par un autre médecin. Le juge de paix repoussa la demande en remboursement des frais médicaux ainsi faits (2).

490. — Les partisans les plus convaincus de la liberté de l'ouvrier ne vont pas, en France tout au moins, jusqu'à lui

---

(1) *Les lacunes de la loi sur les accidents du travail*. Paris, 1903, p. 79.

(2) *Rec. spéc. accid. du trav.*, mai 1903.

permettre de *se laisser soigner par un empirique*. Il arrive assez souvent, qu'au lieu de venir trouver le médecin, le blessé se rend chez le *rebouteur* pour une foulure, une entorse, une fracture même; souvent encore, des applications de topiques plus ou moins appropriés viennent aggraver une plaie peu septique et provoquer de vastes suppurations. En Allemagne, le fait d'avoir recours à un empirique plutôt qu'à un médecin diplômé, n'influe pas sur le montant de l'indemnité (Ferrette et Laval). Cette interprétation de la loi est choquante, car elle consiste à faire supporter au patron un dommage causé non par l'accident, mais par la faute du blessé. Aussi Borri est-il d'un avis absolument opposé et c'est cette dernière opinion qui prévaut ordinairement. On regarderait au moins comme une faute lourde le fait de s'adresser à un empirique.

491. — Il est rare que *l'ouvrier refuse tout soin médical*: une telle négligence le rendrait, à notre avis, coupable de faute grave, de nature à atténuer la responsabilité du patron. D'ailleurs, on peut penser que ce serait là la jurisprudence française si l'on en juge par les arrêts rendus, relativement à la simple négligence dans le traitement conseillé par le médecin. Le Tribunal de la Flèche (27 juin 1902), dans un arrêt confirmé par la Cour d'Angers (11 août 1902), déclare que :

Le patron ne saurait être reconnu responsable d'un accident, quand la victime ne l'a pas avisé et n'a pris aucune des précautions de traitement et de repos que nécessitait son état. (1).

Il appartient d'ailleurs au juge de décider si le blessé a fait tout ce que légalement il était tenu de faire (Cour de Douai, 14 novembre 1900) (2). La Cour d'Amiens (19 février 1902), la Cour de Douai (18 mars 1902), la Cour de Besançon (31 décembre 1901), le Tribunal de Marseille (19 février 1901),

---

(1) *Rev. judic. accid. trav.*, 1902.

(2) *Rec. spéc. accid. trav.*

celui de Draguignan (18 juin 1901), celui de Lille (20 novembre 1902) ont déclaré qu'il y avait lieu de réduire les rentes accordées aux ouvriers qui n'avaient pas voulu suivre un traitement approprié et dont l'état s'était ainsi aggravé. La Cour de Rennes (10 décembre 1901), dans les mêmes conditions, a refusé d'allouer aucune indemnité. Dans un cas soumis au Tribunal de Narbonne (17 juillet 1900), une diminution de salaire estimée à 300 francs de rente ne donna lieu qu'à l'attribution d'une rente de 200 francs parce que la négligence de l'ouvrier avait augmenté son incapacité de travail. A un ouvrier qui avait refusé de se laisser réduire une luxation de l'épaule, le Tribunal de Saint-Nazaire (26 avril 1901), puis la Cour de Rennes (10 décembre 1901) ont refusé toute indemnité. Cependant le Tribunal de Grenoble (3 mai 1901) a décidé que le retard apporté par un ouvrier à se faire soigner ne peut lui être opposé, alors qu'il a pu se tromper sur les conséquences de l'accident. Nous avons déjà eu occasion, à propos de la faute inexcusable, de parler des moyens de dissiper cette ignorance possible des suites d'une blessure même minime.

Les tribunaux allemands et italiens ont une jurisprudence tout à fait semblable à celle que nous venons d'exposer. L'ouvrier doit se soumettre au traitement approprié, alors même que ce traitement causerait certaines douleurs. Il en est de même dans la loi suisse :

Le blessé doit se soumettre à tous les soins nécessaires pour obtenir la complète guérison, même si le traitement entraîne quelques douleurs acceptables et, si le blessé s'oppose à ce traitement et que la guérison en soit ainsi compromise, le patron ne peut être rendu responsable.

L'obligation pour le blessé de se soumettre au traitement indiqué va-t-elle jusqu'à le forcer de subir une *opération* ? Ici, il faut faire une distinction.

En Allemagne on laisse généralement à l'ouvrier le droit de refuser une opération, sauf le cas où celle-ci ne présente pas d'aléa. C'est la même solution qui est adoptée en Italie. En France, les tribunaux ont eu plusieurs fois à trancher cette

question (Cour de Besançon; 17 novembre 1901. — Cour d'Aix; 21 décembre 1901. — Cour de Riom; 2 décembre 1901; etc.) Ils ont généralement jugé en fait plutôt qu'en principe.

On ne saurait considérer comme une faute le refus de l'ouvrier de se soumettre à une opération présentant de véritables risques et susceptible même d'entraîner une aggravation de la blessure. Il n'en est plus de même d'une opération simple et sans danger qui peut être pratiquée avec complète certitude de succès. Tribunal de Dieppe (16 avril 1902) (1).

Il s'agissait dans l'espèce d'une désarticulation d'un doigt. La Cour de Besançon (31 décembre 1901) a jugé que le refus de se laisser passer des sondes à la suite d'une rupture de l'urèthre entraînait la responsabilité de l'ouvrier.

Toute opération au contraire pouvant présenter un danger grave ne peut être imposée à un ouvrier blessé. On admet généralement qu'il en est de même pour les opérations dont le résultat est douteux ou qui portent atteinte grave à l'intégrité du corps : amputation d'un membre. Enfin certains Tribunaux ont déclaré, fait plus discutable, qu'après avoir subi une première opération, un accidenté ne pouvait être forcé d'en subir une seconde (Vannes; 9 août 1900 — Seine; mars 1901). Encore une fois, tout ici reposera sur une discussion des faits et, le plus souvent, le tribunal prendra l'avis d'un médecin expert sur l'opportunité de l'intervention chirurgicale et les dangers présentés par elle.

492. — Le corollaire obligé du libre choix laissé aux ouvriers blessés est la *non responsabilité du patron* ou de la Compagnie d'assurances, en ce qui concerne la faute professionnelle commise par le praticien. Alors même que celui-ci est attaché à l'entreprise industrielle ou à la Compagnie d'assurances, puisque le blessé l'a accepté, il doit être regardé comme l'ayant choisi librement. Cette solution est fournie par le simple bon sens et nous ne l'aurions même pas indiquée si, dans un litige soumis aux tribunaux, on n'avait

(1) *Rev. jud. accid. trav.*, 1902.

soulevé ce point de droit. Un ouvrier, croyant avoir été victime d'une faute professionnelle de son médecin, l'assigna devant le Tribunal d'Alais, ainsi que la Compagnie, qu'il considérait comme solidairement responsable. Le Tribunal d'Alais avait admis le principe de la responsabilité de la Compagnie, mais la Cour de Nîmes (23 juillet 1902) réforma ce jugement :

Attendu que, pour que la Compagnie pût être rendue solidaire de la faute professionnelle du médecin, il faudrait nécessairement qu'entre elle et ce médecin il existât le lien juridique du commettant au préposé ;

Attendu à cet égard que la loi de 1898 n'oblige pas la victime d'un accident à accepter le médecin du patron (dans l'espèce, de la Compagnie) ; que le choix du blessé est parfaitement libre et volontaire ; qu'il peut réclamer tout autre praticien si bon lui semble ;

Attendu en outre que l'indépendance scientifique du médecin est et doit rester absolue; qu'aucun patron, qu'aucune Compagnie n'aurait ni le droit ni la prétention d'instituer de sa propre autorité un traitement thérapeutique ou chirurgical, et pas davantage le droit de contrôler et de modifier le traitement institué par l'homme de l'art; qu'un tel empiètement, contraire au sens commun et pratiquement irréalisable, ne serait en définitif que l'exercice délictueux de la médecine (1).

493. — Il est bien entendu que la responsabilité du médecin vis-à-vis de son client reste toujours entière; dans l'état actuel de la jurisprudence, *le médecin est responsable de sa faute lourde.*

Cette faute lourde peut-elle donner lieu à une réparation vis-à-vis du patron qui se voit condamné à une indemnité plus forte que ne devait raisonnablement entraîner l'accident? La question est délicate, car il n'existe aucun lien de droit entre le médecin de l'ouvrier et le patron. Cependant celui-ci peut être admis à faire la preuve de la faute lourde du praticien et la Société de Médecine légale avait conclu que l'auteur de l'accident était tenu seulement à la réparation des suites normales de la blessure. L'ouvrier qui voit ainsi réduire sa rente aurait évidemment un recours contre le médecin qui lui a donné ses soins.

(1) *Sem. méd.*, 3 déc. 1902, supplément n° 40.

CHAPITRE II

La médecine des accidents.

Nécessité de l'enseignement d'une médecine des accidents. — Importance capitale de la guérison rapide en matière d'accidents du travail. — Principes de la médecine des accidents. — Premiers soins. — Règles du traitement. — Convalescence. — Massage, mécanothérapie, hydrothérapie, électricité. — Hôpitaux spéciaux. — Liberté et obligation de l'entrée dans un hôpital. — Traitements coûteux et prolongés. — Traitement thermal.

494. — Malgré ce qu'on a voulu prétendre, il existe bien une *médecine des accidents*. Ce n'est que l'application d'une règle générale. Il ne viendra à aucun médecin digne de son nom l'idée de soigner d'une façon identique tous ses clients quels que soient leur profession, leurs habitudes, leur tempérament; il est impossible de séparer la maladie du malade. Les accidents du travail se produisent dans des circonstances particulières chez des individus ayant des besoins propres; ils donnent lieu à des difficultés d'un ordre absolument spécial. Le praticien doit constamment avoir devant les yeux ces diverses considérations, lorsqu'il donne ses soins à un blessé. Jusqu'ici, en France, on n'a pas assez procuré à l'étudiant les moyens d'acquérir des données dont il sentira le besoin à chaque instant dans sa carrière.

Les Allemands, à qui il faut toujours revenir en matière d'accidents du travail, malgré les quelques défectuosités de leurs lois ouvrières, ont compris l'importance d'études spéciales. A côté des cours de clinique chirurgicale et médicale, et ne faisant pas double emploi avec eux, dans la

plupart des Facultés d'outre Rhin, on trouve un enseignement portant sur la médecine des accidents : cours de thérapeutique spéciale, cours de médecine légale proprement dite. Bernacchi, en 1902, au Congrès de Düsseldorf, en comptait vingt-deux. Les résultats auxquels sont arrivés nos voisins démontrent la valeur de leur système.

495. — Le médecin en présence d'une victime du travail doit soigner un homme à qui il importe de rendre le plus vite possible la santé, parce que, de la reprise de ce travail, dépend le pain pour les siens. A cette raison principale viennent s'en ajouter d'autres : plus la guérison sera tardive, plus il y aura de chances pour que les complications et surtout les complications d'ordre psychique apparaissent. Enfin, de la longue oisiveté, du repos forcé, naissent souvent, surtout chez les gens à intellectualité peu développée, de déplorables troubles moraux ; les habitudes d'intempérance sont prises rapidement et l'ouvrier devient un déchet de la Société (Boyer) (1). Nous ne parlons pas des intérêts patronaux respectables eux aussi, qui se trouvent en cause et ne doivent pas être lésés.

Arriver à réduire au minimum de gravité les suites des accidents, à faire la capacité de travail se rapprocher le plus possible de la normale, telle doit être la devise du médecin d'industrie. Nous avons déjà parlé de l'importance qu'il y avait à ce que le blessé vît le médecin dès les premières heures qui suivent l'accident. Souvent, d'un pansement fait à temps dépendra le sort ultérieur d'un membre. Combien de phlegmons seraient évités par un débridement fait précocement et un traitement antiseptique institué avec rigueur dès les premières heures ! Dans bien des centres industriels, on a établi des *postes de secours* permettant de donner les premiers soins au blessé aussitôt après l'accident. C'est l'imitation de ce qui se passe en Allemagne, où l'on a ainsi installé des ambulances disséminées dans les quartiers ouvriers, ambu-

(1) La consolidation dans les acc. du trav. Th. Paris, 1902-03.

lances où se trouve un personnel instruit, prêt à faire les pansements, à transporter les blessés, sans aggraver leurs blessures.

496. — Une fois les premiers soins donnés, l'ouvrier est transporté chez lui ou à l'hôpital. Il ne devra pas être abandonné à lui même. Il aura besoin d'une surveillance constante. La thérapeutique suivie devra toujours relever de ce principe que *la guérison doit être obtenue rapidement*. Nous ne voulons pas dire que la douleur du blessé ne devra être tenue pour rien ; mais cependant on ne doit pas reculer devant un traitement même légèrement douloureux, pour obtenir une prompte amélioration. C'est la doctrine de l'Office Impérial allemand et nous la croyons équitable. Si nous avons à soigner un oisif, peu importe que sa guérison demande quelques semaines de plus, que le membre blessé reste incapable de fournir un effort utile pendant de longs mois ; souvent notre malade préfèrera n'éprouver aucune douleur et subir ce prolongement de durée. Dans le cas présent, il n'est pas permis de raisonner ainsi. Dans l'intérêt de l'ouvrier autant et plus que dans celui du patron, il y a urgence à ce que le traitement soit rapide et la guérison complète.

Le même principe guidera dans le choix des *opérations chirurgicales*. Celui qui n'est pas forcé de se soumettre à un travail manuel préfèrera parfois conserver un membre presque inutile. L'ouvrier, au contraire, sera parfois plus gêné par la présence d'un membre inerte que par son absence. Un doigt recourbé sur la face palmaire ne rend plus de services et sa présence constitue même une infirmité qui serait réduite si l'amputation était pratiquée. Nous pourrions multiplier les exemples. Le principe suffit : le chirurgien des accidents doit se laisser guider plus par l'utilité pratique que par des considérations d'ordre purement esthétique. C'est ce qu'il doit faire comprendre à l'ouvrier blessé, parce que tel est l'intérêt de celui-ci.

497. — Une fois la guérison anatomique obtenue, c'est-à-

dire lorsque les os fracturés sont définitivement consolidés, lorsque les plaies sont cicatrisées, la tâche la plus importante du médecin n'est pas encore achevée. La *convalescence* commencera seulement et c'est dans cette période que le malade a peut-être le plus besoin de conseils et du traitement moral que peut seul diriger le médecin. Souvent, en effet, par pusillanimité, il immobilisera longtemps le membre blessé : c'est ce qu'il faut éviter à tout prix. Les meilleures méthodes sont celles qui le plus rapidement permettent les mouvements du membre. Le *massage* donne les meilleurs résultats dans tout ce qui est lésions osseuses et articulaires. La réparation obtenue par lui sera d'autant plus parfaite qu'il sera employé plus précocement. Appliqué dès les premiers jours, il arrive, dans certaines fractures, à réduire d'une façon notable l'incapacité temporaire.

498. — On a voulu lui substituer la mécanothérapie dont il existe plusieurs systèmes différents. Les principaux ont été imaginés par Zander, de Stockolm ; par Kruckenberg, de Halle; par Konig, de Berlin. La mécanothérapie consiste à imprimer des mouvements passifs à une articulation donnée et à faire travailler simultanément ou successivement les groupes de muscles agissant sur cette articulation. A côté d'avantages sérieux reposant sur la graduation exacte de l'effort demandé à l'ouvrier, sur l'amplitude mathématique du mouvement imprimé, la mécanothérapie présente de réels inconvénients dont le principal, à notre avis, est d'abandonner trop le malade à lui même. En le confiant à une machine « on supprime cette action suggestive, efficace, du médecin ou du masseur intelligent, sans augmenter toujours la précision des manœuvres. » (Roques) (1).

C'est la même idée qu'exprime en d'autres termes M. le Professeur agrégé Deléarde dans un article sur la thérapeu

(1) La médecine des accidents et les hôpitaux des corporations en Allemagne. Th. Paris, 1900-01.

tique des fractures (1). Cependant on ne peut nier que les instruments mécanothérapiques ont donné de bons résultats : le nom de « broyeurs de rentes » que leur ont donné les ouvriers allemands montrent bien leur efficacité. Seulement nous croyons qu'un établissement mécanothérapique ne vaut que ce que valent les hommes qui sont à sa tête. Nous croyons aussi que *tout médecin*, même au fond d'une campagne, pour peu qu'il se rappelle le rôle physiologique des groupes musculaires, *peut organiser des appareils de mécanothérapie simples et bon marché*. Quelques cordes, des poulies et des poids serviront à les établir; ce seront des appareils de fortune, mais qui pourront rendre autant de services que ceux sortant des meilleures fabriques d'Allemagne (2).

499. — L'*hydrothérapie* sous toutes ses formes : douches chaudes ou froides, bains simples ou médicamenteux, bains de vapeur, l'*électricité*, devront être connus dans toutes leurs ressources par les médecins des blessés, appliqués systématiquement et non à la légère comme on le fait trop souvent.

500. — La difficulté est la plupart du temps de pouvoir donner des soins convenables au blessé qui demeure chez lui. D'autre part, à l'hôpital, souvent on n'aura pas pour lui l'attention que demande son état. Le chef de service, absorbé par des malades plus gravement atteints, ne pourra s'arrêter près de son lit que de loin en loin. Pour certains blessés, et en particulier pour ceux atteints de troubles psychiques ou y ayant une prédisposition, *le séjour dans la salle d'hôpital est funeste*. Le professeur Ballet, dans une leçon récente (3) montrait que ce séjour avait souvent pour effet d'aggraver les troubles hystériques en appelant l'attention du malade sur des symptômes ignorés de lui. Devant ces multi-

(1) *Rec. spéc. acc. trav.*, 1902.

(2) Cf. Déléarde. *Ann. hyg. et méd. leg.*, 1904.

(3) *Bulletin médical*, 1904.

ples inconvénients, on s'est demandé si la fondation *d'hôpitaux spéciaux* ne s'imposait pas. En Allemagne la question a été tranchée depuis longtemps; du jour où la loi a permis aux corporations de se charger du traitement de leurs blessés, on a vu s'élever de tous côtés des maisons destinées à recevoir les blessés du travail. Les résultats obtenus tant au point de vue de la diminution de l'incapacité temporaire, que de la réduction du nombre des incapacités permanentes et de leur gravité ont été extraordinairement satisfaisants. Au fur et à mesure que ces fondations se développaient, on appréciait mieux leur utilité. Ainsi, dans la corporation de la brasserie, on voyait la proportion d'accidents indemnisés, passer de 186 pour 1.000, en 1892, à 55,13 pour 1.000, en 1899 (1). Dans les comptes rendus des congrès des accidents du travail on trouve les renseignements les plus instructifs à cet égard.

Il semble bien qu'au point de vue de la capacité de travail de l'ouvrier, le meilleur système soit celui qui consiste à donner les soins médicaux dans un hôpital spécial. En Allemagne, on sait que la corporation peut forcer le blessé à se faire soigner dans un hôpital déterminé. Si celui-ci refuse, il peut perdre tout droit à la rente. Cependant, en cas de difficulté, l'Office Impérial exige que le médecin expert déclare d'une façon absolument précise que le traitement pratiqué dans un hôpital doit donner un résultat thérapeutique (2).

501. — En France, nous savons que l'ouvrier a le droit de choisir son médecin, ce qui implique celui de refuser le séjour dans un hôpital.

Cette liberté semble extraordinaire à certains économistes, Bodiker (3) cite l'opinion de Jhering, jurisconsulte allemand :

---

(1) Roque. Cong. des acc. du trav., 1900.

(2) Charmont. Des lois d'assurances sociales et ouvrières en Allemagne, Th. Lyon, 1902-03.

(3) Cong. de Bruxelles, 1897.

La contrainte, dit celui ci, est légalement indispensable.... elle est aussi indispensable que la rémunération.

Il semble peu probable pourtant que nous adoptions sur ce point le système allemand qui paraît contraire au tempérament français. Cependant les tribunaux ont, en certains cas, obligé l'ouvrier à se rendre dans un hôpital pour y subir un traitement indiqué ou y être mis en observation sous la surveillance d'un médecin. Entre autres jugements nous citerons celui du Tribunal de Briey (1) (26 mars 1903); en sens contraire, la Cour de Nancy (24 janvier 1903) avait jugé qu'on ne pouvait imposer des soins dans une clinique spéciale. La Cour de Lyon (10 janvier 1903), sans obliger l'ouvrier à aller dans un hôpital, a déclaré que le fait pour lui de s'y refuser, après le conseil de l'expert, permet d'abaisser le chiffre de la rente et de calculer celle-ci d'après l'amélioration qu'aurait produite l'hospitalisation. On ne peut qu'approuver les décisions imposant, après avis d'expert, le séjour dans un hôpital. Nous savons tous le bien que certains malades tirent de l'isolement, loin de leur famille. Les neuro pathologistes préconisent ce mode de traitement dans les névroses et il n'est pas de praticien qui n'ait observé des blessés, dont tous les accidents étaient aggravés par la présence de la famille. Une fois isolés, ces névropathes sont susceptibles de redevenir valides. Il importe donc, pour eux, de pratiquer cet isolement. Une disposition de la loi permettant aux tribunaux, sans discussion possible, d'ordonner l'entrée dans un hôpital aurait les meilleurs résultats.

502. — A propos du traitement des blessés, une dernière question se pose. Un ouvrier blessé a-t-il le droit d'exiger de son patron les *frais occasionnés par un séjour dans une station thermale* ou dans un sanatorium, par un traitement électrique prolongé, etc. En fait, la question ne se pose guère; le patron aura toujours plus d'intérêt à payer un

(1) *Rec. spéc. acc. du trav.*, 1903.

traitement quel qu'en soit le prix, plutôt qu'une rente. En droit, le Tribunal de Narbonne a décidé que l'ouvrier n'était pas fondé à réclamer le remboursement des frais d'un traitement thermal (16 mai 1900). Il nous semble qu'on ne peut poser une règle immuable en pareille matière et qu'il n'y a que des questions d'espèces.

Tout au moins, faut-il que l'utilité du traitement soit justifiée. C'est ainsi que le Tribunal de paix du XVII[e] arrondissement de Paris a jugé que le patron ne peut être tenu de payer les frais de tous les « traitements médicaux ou hygiéniques que le blessé a jugé bon de suivre de son propre gré sans que la nécessité de ces traitements ait été préalablement contrôlée. »

La solution la plus juste semble être, lorsqu'un traitement sortant de l'ordinaire est jugé convenable par un médecin, de provoquer la nomination d'un expert sur le rapport duquel le juge basera sa décision.

CHAPITRE III

Le règlement des honoraires médicaux.

Limitation des honoraires médicaux. — Le médecin est appelé par le patron. — L'ouvrier fait choix de son médecin. — Tarif de l'Assistance médicale et ses inconvénients. — Endroits où il n'existe pas. — Recours des médecins contre les ouvriers, le patron, non contre l'assureur. — Tribunal compétent. — Délai de prescription. — Exécution du jugement. — Honoraires des médecins et chirurgiens d'hôpitaux.

503. — En laissant à l'ouvrier le libre choix de son médecin, il y avait à craindre certains abus. N'ayant pas à se préoccuper de la note à payer, le blessé pouvait appeler près de lui un médecin éloigné, ou une sommité médicale, faire multiplier les visites et augmenter ainsi hors de toute proportion les charges du patron. Dans un premier projet, on avait proposé, pour éviter ces inconvénients, de limiter les frais médicaux à 100 francs, comme la loi actuelle le fait pour les frais funéraires. Puis, sur la réflexion que certaines opérations chirurgicales, que les soins à des malades éloignés de tout centre seraient insuffisamment rétribués par ce forfait, la Chambre vota la disposition actuelle :

Article 4. — Le chef d'entreprise supporte les frais médicaux et pharmaceutiques..... Si la victime a fait choix d'un médecin, le chef d'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés, dans chaque département, pour l'assistance médicale gratuite.

504. — La loi prévoit donc deux hypothèses. Dans le pre-

mier cas, *le médecin est appelé par le patron*, et alors celui-ci est tenu de payer les honoraires médicaux au tarif fixé par le praticien, sauf à discuter dans la forme ordinaire et devant les tribunaux compétents, le montant de la note qui lui semblerait exagéré. Il est hors de doute, à ce propos, que les honoraires du médecin doivent se baser, non sur la fortune du patron, sur la richesse de la collectivité en cause, comme on tend parfois, à tort, à le croire, mais *sur la situation du blessé*. La règle que les honoraires médicaux doivent être appréciés eu égard à la situation de fortune du malade, est applicable en matière d'accidents, même quand le médecin a été choisi par le chef d'industrie. Si la victime est un simple ouvrier, les juges, tout en tenant compte de l'importance de l'opération, du résultat obtenu et du talent du chirurgien, basent leur appréciation sur le tarif ordinairement appliqué à la classe ouvrière (Tribunal de Rocroy, 10 décembre 1902) (1).

Dans le second cas, *l'ouvrier lui-même fait choix de son médecin* et la limitation prévue s'applique au regard du patron. Diverses difficultés se sont élevées sur la détermination, bien simple pourtant, de la partie qui aurait appelé le médecin. C'est là un point de fait : il appartient au juge d'en donner la solution dans chaque cas particulier. Il semble pourtant que les expressions de la loi ne sont pas limitatives, et que toute personne, qui, pour rendre service à l'ouvrier, aura mandé le médecin, représentera l'ouvrier lui-même.

Aussi n'est-ce pas sans étonnement que nous lisons un arrêt du juge de paix du cinquième canton de Marseille (2), disant que le blessé n'avait pas fait choix lui-même de son médecin, alors que l'une de ses voisines était allée chercher ce dernier à l'insu même du patron. Si nous insistons sur ce point, c'est qu'il importe de mettre en garde les praticiens contre une telle interprétation de la loi qui ne serait sans doute que bien rarement acceptée par les tribunaux. En l'adoptant, ils s'exposeraient à des déconvenues.

---

(1) *Rec. spéc. accid. du trav.*, janv. 1903.

(2) Diverneresse, loc. cit., p. 120.

505. — Le *tarif de l'Assistance médicale gratuite* répondait évidemment, dans l'esprit du Corps législatif, au tarif ouvrier. Dans la pratique, on a reconnu les inconvénients du texte de la loi. Tout d'abord, dans de nombreux départements, l'Assistance médicale gratuite n'était pas organisée et, par conséquent, il n'y avait pas possibilité d'appliquer un tarif qui n'existait pas. De plus, dans les départements où il existait, ce tarif était souvent considéré comme trop peu rémunérateur par beaucoup de médecins. Enfin, l'Assistance médicale était établie surtout pour les campagnes; les honoraires médicaux étaient basés sur ce fait. Or, la loi sur les accidents du travail a, au contraire, le plus souvent son application dans les agglomérations urbaines. On a proposé, pour éviter ces inconvénients, d'ajouter à la loi les mots : ou d'après les usages locaux. Mais cette addition ne répond pas encore à tous les desiderata. Il faudrait au moins que l'adoption du tarif de l'Assistance médicale n'eût lieu que dans les communes où ce tarif est appliqué, ce qui laisserait en dehors presque toutes les villes de quelque importance. Ce qu'il y aurait de mieux, ce serait l'application pure et simple du tarif ouvrier. Un inconvénient en résulterait encore : ce serait la possibilité pour l'ouvrier d'appeler un médecin très éloigné de son domicile et d'imposer ainsi des charges lourdes au patron responsable de l'accident. Il y aurait peut-être moyen de tourner la difficulté. Presque tous les syndicats médicaux se sont mis d'accord pour demander la reconnaissance par la loi de ce tarif ouvrier plutôt que de celui actuellement en usage. Déjà, d'ailleurs, dans les départements où ne fonctionne pas l'assistance gratuite, les juges ont fixé les honoraires du médecin en se basant sur les usages locaux. C'est la jurisprudence en particulier des tribunaux de paix de Paris.

506. — Pour obtenir le paiement de sa créance, le médecin a tout d'abord un *recours contre l'ouvrier*. Il est à noter, du reste, que, dans ses rapports avec celui-ci il n'est pas limité par le tarif de l'Assistance médicale, au bénéfice duquel la

loi n'admet que le patron. Le praticien n'a à tenir compte, dans l'établissemment de sa note, que du prix ordinaire de ses soins. Il est hors de doute que l'ouvrier est tenu au paiement d'honoraires ainsi calculés. La loi fixe seulement la part à payer par le patron; au delà du chiffre ainsi déterminé, les frais médicaux restent à la charge de l'ouvrier.

En dehors de son client ouvrier, le médecin peut-il *demander directement au patron* le paiement de ses honoraires, en tant que ceux-ci ne dépassent pas le taux fixé par l'article 5? Malgré les quelques difficultés d'interprétation qui se sont élevées au début sur cette question, elle semble résolue par l'affirmative. Plusieurs juges de paix ont déclaré que le médecin avait bien une action directe contre le patron (J. de paix d'Ay, 22 janvier 1901. J. de paix de Saumur, 3 juill. 1901. J. de paix de Saint-Malo, 12 décembre 1901. J. de paix de Marennes, 16 mai 1902. J. de paix du Hâvre, 2[e] canton, 24 nov. 1899. J. de paix du 8[e] canton de Marseille, 14 mars 1902. J. de paix du X[e] arr[t] de Paris, 18 janvier 1903) (1). Cette jurisprudence paraît équitable.

507. — Si le médecin peut assigner directement le patron de l'ouvrier qui a reçu ses soins, son droit ne semble pas le même *vis-à-vis de la Compagnie à laquelle est assuré le patron.* Aucun lien de droit n'existe entre cette Compagnie et le médecin. Celui-ci ne peut même faire la preuve de l'obligation de l'assureur envers le patron. Il ignore tout des conventions passées entre ces derniers. Dans quelles conditions, jusqu'à concurrence de quelle somme le patron doit il être indemnisé par la Compagnie? Autant d'inconnues pour lui. Et d'ailleurs on peut lui objecter que c'est là *res inter alios acta*. Sans aucun doute, le médecin n'a aucun droit à rien réclamer à l'assureur, sauf si ce dernier a reconnu sa responsabilité implicitement ou non, dans une lettre par exemple, demandant au médecin des nouvelles du blessé et l'engageant à lui continuer ses soins. Même dans ce cas,

---

(1) Rapportés par Diverneresse.

autant que possible, nous croyons qu'il y aura intérêt à s'adresser au patron pour le règlement des honoraires. Celui-ci exercera ensuite sa répétition contre qui il jugera bon.

508. — *Devant quel tribunal porter la demande en paiement d'honoraires médicaux?* En droit commun on sait que toute demande inférieure à 200 francs est de la compétence du juge de paix, les demandes supérieures étant du ressort des tribunaux ordinaires. La loi du 9 avril 1898 dans son article 15 a édicté des règles particulières :

> Les contestations entre les victimes d'accidents et les chefs d'entreprise, relatives aux frais funéraires, aux frais de maladie ou aux indemnités temporaires sont jugées en dernier ressort par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever.

Si l'instance contre le patron est introduite par l'ouvrier, il n'y a donc aucune difficulté et le seul tribunal devant lequel cette instance sera utilement introduite sera bien le juge de paix. Mais en est-il de même si le médecin introduit une demande directe comme il en a le droit? L'article 15 pose une exception au droit commun et il est de principe que les exceptions sont de droit étroit. On devrait donc limiter l'extension de compétence attribuée aux tribunaux de paix, strictement aux différends entre patrons et ouvriers. C'est dans ce sens qu'ont jugé le Tribunal de la Seine (4e Chambre, 27 mars 1903) (1), le Tribunal de Poitiers (26 mars 1901) (2). Nous devons reconnaître d'ailleurs que cette jurisprudence n'est pas unanime et Diverneresse cite plusieurs jugements en sens contraire, notamment des arrêts de la Cour de Rouen, (6 juin 1901), du Tribunal de Lyon (24 février 1900), du Tribunal de Versailles (22 février 1901) (3).

Devant les divergences d'interprétation, il serait bon que

(1) *Rec. spéc. accid. trav.*, juin 1903.
(2) *Rev. jud. accid. trav.*, oct. 1901.
(3) Diverneresse, loc. cit., p. 108.

le pouvoir législatif fixât le sens exact de l'article 15. En tout cas, la Cour de Cassation (13 juillet 1903) vient de donner son avis dans une affaire où l'hôpital de Versailles avait assigné devant le tribunal civil le patron d'un ouvrier en règlement de frais médicaux et pharmaceutiques dépassant la compétence ordinaire du juge de paix (4).

« Attendu que si, aux termes de l'article 15 de la loi du 9 avril 1898, les contestations entre les victimes d'accidents et les chefs d'entreprises relatives aux frais funéraires, aux frais de maladie ou autres indemnités temporaires sont jugées en dernier ressort par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever, il n'en résulte pas que la compétence de ce magistrat soit restreinte au cas où le litige s'élève entre l'ouvrier et le chef d'industrie ; qu'au contraire le fait seul que le législateur a compris dans le dit article les contestations relatives aux frais funéraires démontre qu'il a envisagé l'hypothèse d'un débat entre les tiers ayant acquitté les frais qui y sont spécifiés et le chef d'industrie ; qu'il suit de là qu'en déclarant que le juge de paix du canton nord de Versailles était compétent pour connaître de la demande dirigée par l'hospice de Versailles contre X.. (le patron de l'ouvrier), le jugement attaqué, loin d'avoir violé l'article de loi visé au moyen, en a fait, au contraire, une exacte application ».

Jusqu'à ce que la loi ait définitivement formulé la théorie de la Cour de Cassation, le plus sûr semble être, lorsque la somme réclamée est supérieure à 200 francs, d'assigner directement l'ouvrier devant le tribunal civil.

509. — Il reste encore à se demander *dans quel délai utile peut être formée la demande en paiement de frais médicaux.* En droit commun, la prescription, en ce qui concerne les honoraires médicaux, est de deux ans. La loi de 1898 (article 18) spécifie que l'action en indemnité se prescrit par un an, à dater du jour de l'accident et Sachet croit que cette prescription s'applique aussi aux frais médicaux et pharmaceutiques. Passé le délai d'un an il y a donc tout lieu de croire qu'une action directe contre le patron serait irreceva-

(4) *Rec. spéc. acc. trav.*, août 1903.

ble. Il n'en serait pas de même d'une action dirigée par le médecin contre l'ouvrier soigné ; ce serait ici la prescription de deux ans qui serait applicable. L'ouvrier seul aurait perdu tout recours contre son patron, à défaut de reconnaissance formelle de celui-ci.

510. — Pour l'*exécution du jugement* obtenu, les médecins conservent un privilège dont le législateur a très exactement déterminé le rang :

ARTICLE 23. — La créance de la victime de l'accident ou de ses ayants droit relative aux frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires, ainsi qu'aux indemnités allouées à la suite de l'incapacité temporaire de travail est garantie par le privilège de l'article 2101 du Code Civil et y sera inscrite sous le n° 6.

ARTICLE 2101 du Code Civil. — Les créances privilégiées sur la généralité des meubles sont celles ci-après exprimées et s'exercent dans l'ordre suivant :

1° Les frais de justice :

2° Les frais funéraires :

3° Les frais quelconques de la dernière maladie, quelle qu'en ait été la terminaison, concuremment entre ceux à qui ils sont dus ;

4° Les salaires des gens de service. . . . ;

5° Les fournitures de subsistances. . . . ;

ARTICLE 2104. — Le privilège s'exerce d'abord sur les meubles, puis sur les immeubles du débiteur.

511. — Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que le paiement des honoraires dus au médecin traitant le blessé à domicile. Une autre question s'est posée dans la pratique, de savoir si les *chirurgiens et médecins d'hôpitaux* ont droit à des honoraires pour les soins donnés aux blessés du travail. Pour soutenir l'affirmative, on dit que l'hôpital est destiné aux indigents, que les blessés du travail cessent d'être des indigents, puisque le paiement des frais médicaux est assuré, que, par conséquent, les médecins d'hôpitaux ne leur doivent pas gratuitement leurs soins. Il nous paraît que la question a été déplacée. Tout d'abord les hôpitaux ne sont pas faits pour recevoir les seuls indigents ; s'il devrait en être ainsi en bonne logique, en fait il arrive que la plupart d'entre eux

reçoivent des malades payants de situation plus ou moins aisée. Le médecin d'hôpital doit son temps et ses soins au malade même fortuné, comme aussi au plus pauvre; il n'a pas le droit de faire une différence. Son contrat avec l'administration lui interdit tacitement ou explicitement de réclamer des honoraires quelconques. La chose est si claire qu'avant la loi de 1898, aucun médecin n'avait songé à le faire. C'est bien ainsi que la situation apparaissait aussi au ministre de l'Intérieur, puisque dans sa circulaire du 22 novembre 1902, il invitait les préfets à intervenir auprès des commissions administratives pour que les règlements hospitaliers fassent état de la résolution votée par le Conseil supérieur de l'Assistance publique. Ce vœu tendait à établir outre la perception d'un prix de journée d'entretien, celle des frais médicaux et pharmaceutiques au tarif fixé par le règlement départemental sur l'Assistance médicale gratuite et, à défaut, par les usages locaux.

Si le ministre insistait pour un changement dans les règlements hospitaliers, c'est donc que ceux-ci, jusqu'alors, ne permettaient pas de percevoir des honoraires médicaux spéciaux. Tant que les règlements n'auront pas été modifiés, *et l'avis du ministre n'a pas force de loi*, la situation des médecins reste la même. Il importe peu de savoir si la minime indemnité qui leur est accordée annuellement, rémunère suffisamment les services rendus. Ils peuvent intervenir auprès des commissions administratives pour que celles-ci n'admettent dans les salles ni malades aisés, ni blessés du travail, sans percevoir une rétribution spéciale destinée au personnel médical; là se bornent leurs droits actuels. Le patron qui a fait avec la direction de l'hôpital un contrat, par lequel sont assurés à l'ouvrier tous les soins médicaux, est en droit de refuser des honoraires spéciaux au médecin qui l'actionne; il peut opposer que ce médecin, *employé de la commission administrative*, comme l'ont reconnu plusieurs jugements rendus en d'autres matières, n'a pas plus d'action directe que ne pourrait en avoir le simple infirmier qui a donné ses soins au blessé.

Un jugement du Tribunal de Toulon (17 novembre 1903) motive très justement le refus d'honoraires au médecin d'hôpital :

Attendu que la compétence attribuée au juge de paix par l'article 15 de la loi est absolument exceptionnelle ; qu'il est vrai que des tiers peuvent exceptionnellement se prévaloir des dispositions de cet article, mais à la condition toutefois qu'ils justifient qu'il existe un lien de droit entre eux et les ouvriers ou les patrons ;

...Attendu que, si le Dr P. a pratiqué une opération sur B., ouvrier blessé, c'est seulement en qualité de médecin attaché à l'hospice d'Hyères, employé et rémunéré par la commission administrative et à un moment où il faisait son service trimestriel dans cet établisement ;...

Certains tribunaux ont jugé en sens contraire et ont admis la réclamation d'honoraires médicaux. DIVERNERESSE cite notamment des décisions des juges de paix de Chevreuse, d'Armentières, du Hâvre (2e canton), de Versailles, etc., etc. Cependant la jurisprudence n'est pas constante et certains tribunaux ont refusé tout droit aux médecins d'hôpitaux à réclamer des honoraires. L'on peut regretter une pareille solution au point de vue des intérêts médicaux ; on doit reconnaître que, dans l'état actuel des choses, *elle semble la plus légale.* Il ne pourrait en être autrement que si le médecin, en acceptant sa nomination comme médecin des hôpitaux, avait déclaré, avec l'assentiment de la Commission administrative, que ses soins seraient dus aux seuls indigents, ou si la Commission administrative elle-même introduisait dans son règlement un article spécial touchant les accidentés du travail. C'est ce qui s'est passé à Bordeaux, Cette, Vesoul, Cannes, Perpignan, Mâcon, etc. (1)

---

(1) Rapport du Docteur SÉBILEAU à la Société des Chirurgiens des hôpit., 25 nov. 1903.

TROISIÈME PARTIE

LE RÉSULTAT DÉFINITIF DE L'ACCIDENT

CHAPITRE PREMIER

La consolidation de la blessure (1).

Divers modes de terminaison de l'accident. — Document officiel parlant de la consolidation. — Consolidation anatomique et consolidation fonctionnelle. — Diverses définitions de la consolidation. — Consolidation et maximum de réparation fonctionnelle. — Analyse des différentes parties de la définition de la consolidation. — Consolidation et reprise du travail. — Importance de la fixation du jour de la consolidation.

512. — L'accident a pu être grave ou de peu d'importance; la lésion corporelle qu'il a causée a pu guérir rapidement ou donner lieu à de multiples complications; il arrive le plus souvent un moment où l'ouvrier pourra reprendre son travail dans les mêmes conditions qu'il le faisait auparavant. Il n'y aura eu qu'*incapacité temporaire*. D'autres fois, au contraire, le blessé reste un invalide, n'est jamais en état de travailler

(1) Cf. l'excellente thèse de Boyer : La consolidation dans les accidents du travail. Th. Paris, 1902-03.

à son métier ordinaire, ou bien ne peut y travailler que dans de nouvelles conditions réduisant son salaire journalier. Nous laisserons de côté le cas de mort arrivée avant la possibilité de reprise du travail.

Mort, *incapacité temporaire*, *incapacité permanente* partielle ou absolue, tel sera le résultat dernier de tout accident; telles sont les trois hypothèses prévues par le législateur. Pour chacune d'elles il a édicté des dispositions spéciales, quant à la réparation du tort causé à l'ouvrier.

513. — Mais, à peine la loi était-elle promulguée qu'une grave difficulté apparaissait dans l'application de ces dispositions. Au début, immédiatement après l'accident, il est souvent impossible d'en prévoir les suites. Une blessure qui paraissait légère tout d'abord peut donner lieu à des accidents graves, priver par exemple de l'usage d'un membre. Au contraire une lésion qui semblait devoir entraîner une incapacité absolue de travail guérit finalement sans laisser de traces ou en ne causant qu'une gêne minime dans l'exercice de la profession. Quel mode de réparation appliquer dans ce cas? Fallait-il donc attendre de longs mois avant de décider dans quelle catégorie serait rangé le sinistre, et, en conséquence, quelle indemnité était due au blessé? Évidemment, la solution eût été absurde. Le but de la loi était de venir en aide à l'ouvrier dès la première heure. Les commentateurs, s'inspirant de l'esprit de la loi, plutôt que de son texte, ont distingué deux périodes dans l'histoire de la blessure, périodes séparées par ce qu'ils ont appelé la *consolidation*. Ce mot ne se trouve nulle part dans la loi actuelle, mais il est tellement entré dans le langage courant qu'on a proposé à la Chambre des Députés de fixer sa signification légale, en même temps que son importance. La question n'est pas encore tranchée, mais il est possible qu'elle ne tarde pas à l'être.

514. — Le premier à avoir employé le terme de *consolidation* dans un document officiel est M. le garde des sceaux

LEBRET, dans sa circulaire du 10 juin 1899. Parlant du premier certificat il dit :

Le médecin sera invité à décrire les lésions, à indiquer la date probable à laquelle la blessure sera *consolidée*, à dire s'il en résultera une incapacité permanente.

On voit immédiatement que, dans la pensée du ministre, le terme consolidation avait un sens plus vaste que celui de guérison. Si, dans le cas d'incapacité temporaire, il s'agissait bien d'une guérison vraie, il n'en était plus de même dans celui d'incapacité permanente.

Depuis cette circulaire du garde des sceaux, les définitions du terme employé par lui se sont multipliées. La question, simple en apparence, présentait en réalité une certaine complexité; il en est résulté des différences d'interprétation assez grandes.

515. — Ce qui n'a pas peu contribué à mettre de la confusion dans l'application d'une loi où les médecins étaient consultés à chaque instant, c'est que le terme de *consolidation* est employé par ceux-ci dans un sens assez restrictif : on ne parle guère en médecine que de la consolidation d'une fracture, d'une cicatrice et encore on n'entend pas désigner par là une date absolument précise; la solidité d'une cicatrice peut être plus ou moins grande. « La consolidation n'est pas un acte bref, isolé; elle se compose d'une série ininterrompue de réparations élémentaires, dont elle représente la somme, le résultat » (BOYER). On ne voit guère la différence pratique qui existe pour l'ouvrier entre le moment où il a la jambe emprisonnée dans un appareil plâtré et celui où le chirurgien, jugeant le cal suffisamment fort, lui enlève cet appareil et permet la mobilisation du membre. Avant comme immédiatement après, ce membre est tout à fait inutile; ce n'est que lentement qu'il reprendra sa force, qu'il pourra être à nouveau de quelque utilité. Certains tribunaux ont cependant considéré que c'était bien là ce qu'il fallait entendre par consolidation :

La date de consolidation de la blessure.... ne doit pas être con-

fondue avec la date de la guérison complète de la blessure. Ces dates peuvent en effet être très différentes, surtout dans les fractures compliquées où la soudure des os fracturés à l'aide d'un cal osseux très solide peut s'effectuer bien avant que la suppuration ait éliminé tous les fragments osseux qui l'ont provoquée. Dans ce cas, il y a consolidation de la blessure dès qu'il y a soudure, et, par suite, possibilité d'enlever tout appareil fixe sans danger pour les os fracturés. (Cour d'appel de la Seine, 2e Chambre, 6 novembre 1902).

Médicalement parlant, lorsque l'os est assez solide pour se passer de soutien, la consolidation n'est pas achevée : elle ne fait que commencer. Comme le dit Boyer, à côté de la réparation anatomique, il y a encore la réparation fonctionnelle, « la réparation des fonctions physiologiques qui sont sous la dépendance de la région anatomique atteinte et qui ont été lésées en même temps que celle-ci. »

516. — Le jour de la consolidation de la blessure dit Bellom (1), c'est le jour où l'état pathologique du blessé est devenu définitif et où, notamment en cas d'incapacité partielle, il pourra reprendre normalement un travail, sans que l'on ait à craindre que ce travail aggrave son état.

Cette définition nous semble bien préférable à celle de Georges Brouardel (2) :

La consolidation de la blessure est le moment à partir duquel l'état du blessé est devenu immuable.

Ce que nous reprochons à ces deux définitions et surtout à la dernière, c'est le caractère d'immuabilité dont on veut faire la caractéristique de l'état de consolidation. Ramé (3), en ne prononçant pas le mot « définitif », nous parait plus exact :

La blessure sera réputée consolidée, le jour où, d'après les constatations médicales, l'ouvrier, guéri dans la mesure où il peut l'être,

---

(1) *De la responsabilité en matière d'acc. du travail.*

(2) *Les accidents du travail.*

(3) Étude au point de vue médical de la loi du 9 avril 1898. Th. Paris, 1900-1901.

aura été à même de reprendre le travail, qu'il l'ait ou non effectivement repris, ou bien encore le jour où il est désormais certain que le travail ne pourra être repris.

517. — En parlant de l'état définitif, immuable de la victime, on a fait une confusion entre la consolidation de la blessure et le *maximum de réparation fonctionnelle* qu'il est possible d'obtenir. Un ouvrier s'est fracturé le bras; après une période plus ou moins longue, il lui est possible de se passer de tout appareil de protection, mais son bras est encore sans force, il y a des raideurs articulaires, les mouvements sont gênés, douloureux. Quelques semaines se passent et sous l'influence du massage, de l'électricité, d'une gymnastique raisonnée, le membre a récupéré la plus grande partie de ses fonctions, les muscles atrophiés se sont développés et permettent un travail effectif. La consolidation dans son sens le plus large est terminée. Mais n'y a-t il pas d'autre amélioration à attendre ? Certes si. Le blessé va reprendre ses occupations. Le membre, depuis longtemps déshabitué de fournir un travail vraiment sérieux, va vite se fatiguer; il n'a pas d'entraînement. Au bout de quelques heures le repos sera nécessaire. Puis, peu à peu, les forces reviendront complètement, la journée de travail sera complète. L'état premier n'était donc pas absolument définitif; il ne l'était que dans certaines conditions déterminées. Si le blessé était resté sans reprendre son travail, il aurait pu persister une grande diminution de force : l'exercice professionnel était indispensable, non à la consolidation qui était achevée, mais à la réparation complète.

Nous pourrions de même montrer qu'une incapacité permanente peut diminuer progressivement par le travail professionnel. Un ouvrier qui sera atteint d'ankylose d'une articulation arrivera peu à peu par des mouvements compensateurs à corriger son infirmité et à l'atténuer parfois dans une très large mesure. C'est surtout en Allemagne où les ouvriers sont suivis régulièrement par les médecins des corporations, que les exemples sont nombreux de ces

améliorations progressives. Nous en citerons plusieurs cas à propos de l'incapacité permanente et de la révision.

518. — Nous ne pouvons donc dire qu'à la consolidation correspond un état immuable. Aucune des définitions données n'est parfaite, dit M. Duchauffour (1) ; mais, en réalité,

Il existe un moment précis où l'ouvrier qui, la veille encore était en traitement, devient capable de reprendre son travail, soit dans les mêmes conditions qu'auparavant, soit avec un certain degré d'invalidité qui restera définitif.

A l'exception de ces trois derniers mots, nous adopterions volontiers le texte de M. Duchauffour. *Le jour de la consolidation c'est le moment où, aucune complication prochaine n'étant plus à craindre, le travail est possible sans nuire à l'état du blessé ; ou bien, dans le cas d'incapacité absolue, le moment où, le traitement étant terminé, il est certain que l'invalidité de l'ouvrier sera désormais totale.*

519. — C'est à peu près la définition adoptée par Boyer (2). Reprenons-en les diverses parties. La blessure est susceptible d'entraîner des complications et cependant le travail n'a pas été interrompu. Ainsi une plaie du cuir chevelu, une fois la suture cutanée pratiquée et un pansement protecteur placé, permettra la reprise presque immédiate du travail, dans la plupart des professions. La consolidation n'est pourtant pas faite.

Nous disons qu'au jour de la consolidation, le travail doit être possible sans nuire à l'état du blessé. C'est bien *le* travail et non *son* travail qu'il faut dire. L'ouvrier devra peut-être changer de profession ; un ouvrier mécanicien pourra ne plus pouvoir remplir que le rôle de manœuvre. Il appartiendra au juge de décider si la nouvelle besogne est en rapport ou non avec les aptitudes de l'ouvrier, si celui-ci a le droit de la

---

(1) De la consolidation des lésions résultant d'accidents du trav. *Ann. hyg. pub. et méd. lég., fév. 1905.*

(2) Loc. cit., p. 78.

refuser. Il y a là une question d'appréciation très délicate. Nous aurons à revenir sur ce fait à propos de l'incapacité permanente.

Enfin, nous avons distingué le cas d'incapacité absolue; ici, la consolidation dépend avant tout du traitement médical; tant qu'il reste quelque chose à faire, non pour atténuer l'incapacité de travail que, souvent, depuis longtemps, on aura reconnue complète, mais pour diminuer les douleurs ou améliorer d'une façon quelconque l'état physique du blessé, la consolidation n'est pas complète.

520. — Notre définition n'est pas parfaite, nous ne l'ignorons pas. Elle s'applique pourtant, croyons nous, à la très grande majorité des cas. Les difficultés qui se sont élevées viennent de ce qu'*on a confondu la date de la consolidation avec celle de la reprise du travail.*

Ces deux dates se confondent le plus souvent mais non nécessairement. Supposons un ouvrier atteint d'une rupture de l'urèthre. Avec ou sans opération, le blessé a guéri des suites immédiates de sa blessure; l'urine a repris son cours normal, les tissus sont cicatrisés; il n'y a plus ni gène, ni douleur. Le travail est possible. La consolidation est-elle achevée? Non, car il faudra encore des soins pour éviter les complications. Si le patient néglige de faire dilater l'urèthre à intervalles plus ou moins éloignés, par le passage de sondes, un rétrécissement se produira avec tout son cortège de complications.

D'autres fois, il n'y aura jamais consolidation au sens propre du mot. Par exemple, un ouvrier atteint de tuberculose verra son état s'aggraver d'une façon continue; il aura pu reprendre tout d'abord un certain travail, puis l'incapacité deviendra complète. La difficulté ne laissera pas d'être grande pour l'exacte appréciation de tels faits et de l'indemnité à accorder.

Enfin, la consolidation pourra être antérieure à la reprise du travail. La réparation peut être parfaite; tous les mouvements être devenus possibles, et pourtant, il y aura parfois,

pendant un certain temps une inhabileté qui empêchera l'exercice d'une profession donnée. A côté de la réparation fonctionnelle il y aura ce que Boyer a appelé la *réparation professionnelle.*

521. — Cette longue discussion sur ce qu'il faut entendre par consolidation a son importance : le médecin sera souvent appelé à donner son avis sur le point de savoir si elle existe ou non. En effet, la jurisprudence, après avoir varié, se maintient à peu près fixe sur le moment d'où il faut faire partir la rente accordée pour incapacité permanente.

Le service de la rente due pour incapacité permanente part du jour où la blessure est consolidée. (Tribunal de la Seine, première Chambre, 7 avril 1900).

C'est évidemment un système équitable de mettre ce point de départ en dehors des variations que pourrait lui faire subir une procédure plus ou moins longue. En fait, il y a eu un moment où l'ouvrier a pu reprendre son travail; qu'il l'ait fait ou non, c'est de ce jour qu'il a droit à la moitié de la réduction subie par son salaire. La Cour de Cassation dans de mutiples arrêts : 7 janvier 1902 (1), 30 juillet 1902 (2), etc. a adopté cette solution. Le point de départ de la rente est

La date de la consolidation de la blessure, date à laquelle la victime est en mesure de se remettre au travail. (Cour de Cassat. 24 fév. 1902) (3).

Le seul reproche que nous ferons à cet arrêt c'est de confondre la consolidation avec la reprise du travail. Nous avons vu qu'il n'en est pas toujours ainsi. Dans deux autres arrêts. nous ne trouvons pas le mot de consolidation :

La rente court... du jour où le caractère de l'indemnité est devenu certain... (Cour de Cass., 19 janvier 1903) (4);

(1) *Rev. jud. accid trav.*, fév. 1902.
(2) *Rec. spéc. accid. trav.*, nov. 1902.
(3) *Rev. jud. accid. trav.*, mai 1902.
(4) *Rec. spéc accid. trav.*, fév. 1903.

du jour où

le caractère de l'infirmité est devenu certain, c'est à dire du jour où l'ouvrier a été physiquement en état de gagner un salaire réduit. (Cour de Cassat. 30 déc. 1902).

En somme ce qu'on veut savoir, lorsqu'on demande au médecin si la blessure est consolidée ou non, c'est si l'ouvrier peut ou non reprendre son travail, et s'il est possible de préciser le caractère et l'étendue de l'incapacité. Le mieux serait peut-être de répondre à ces questions sans même employer le mot consolidation puisqu'il peut prêter à confusion.

CHAPITRE II

L'expertise médico-légale.

Choix et mode de nomination des médecins experts. — Incompatibilité avec les fonctions de médecin de sociétés d'assurances ou de compagnies industrielles. — Droit de récusation. — Droit des parties à assister à l'expertise et à se faire assister. — Opérations de l'expertise. — Autopsie et exhumation. — Examen d'un blessé. — Rapport d'expertise : il doit être complet, clair, précis. — Forme du rapport. — Dépôt du rapport. — Honoraires des médecins experts.

522. — L'expertise médico-légale peut être ordonnée :

1° *Par le juge de paix,* soit qu'il trouve insuffisant le premier certificat fourni et qu'il en exige un second, soit que le caractère accidentel de la lésion corporelle soit discuté par le patron (1), soit encore qu'il y ait contestation entre les parties sur l'existence de la consolidation.

2° *Par le juge en conciliation.* Lorsqu'il est certain qu'il restera une incapacité permanente, partielle ou absolue, ou lorsque la victime prétend être atteinte de cette incapacité, le juge de paix, après la consolidation de la blessure, est dessaisi et le dossier est transmis au Président du tribunal civil. Mais la loi que nous étudions a eu pour but d'éviter les procès autant que possible. Aussi ordonne-t-elle une tentative de conciliation entre les deux parties.

Article 16. En ce qui touche les autres indemnités *(autres que*

---

(1) Dans le cas où le patron nie l'existence de l'accident lui-même, Sachet refuse au juge de paix la compétence nécessaire pour trancher le différend : le tribunal civil aurait seul ce pouvoir.

celles visées par l'article 15 prévues par la présente loi, le Président du tribunal de l'arrondissement convoque dans les cinq jours, à partir de la transmission du dossier, la victime ou ses ayants droit et le chef d'entreprise qui peut se faire représenter.
S'il y a accord des parties intéressées, l'indemnité est définitivement fixée par l'ordonnance du Président qui donne acte de cet accord.

Devant le juge en conciliation, il arrive souvent que les parties se mettent d'accord sur le choix d'un expert qui est chargé officiellement par le juge d'examiner le blessé. Son rôle ne diffère pas de celui de l'expert nommé par le tribunal lui-même.

3° *Par le tribunal civil* ou *la Cour d'appel*. Si la conciliation n'a pas abouti, ce qui, malgré les efforts du juge, arrivera encore trop souvent, soit que le patron ait formellement contesté l'incapacité permanente invoquée par l'ouvrier, soit que les parties n'aient pu se mettre d'accord sur les conclusions du rapport médical, « *l'affaire est renvoyée devant le tribunal qui statue....* » (Article 16, paragraphe 3). Généralement, le juge nomme un autre expert que celui chargé de l'affaire en conciliation ; cet expert devra examiner le blessé, rendre compte de son état, généralement de l'avancement de la consolidation ou de l'époque à laquelle celle-ci a été complète, du degré d'incapacité de travail. Le jugement qui le nomme détermine d'ailleurs les points sur lesquels il est appelé à se prononcer.

4° *Par le juge des référés*. Lorsque la nomination d'un médecin expert est urgente, l'une des parties peut la provoquer devant le juge des référés. S'il s'agit par exemple d'une autopsie, il y a intérêt à ce que cette opération soit pratiquée dans le plus bref délai pour éviter que la putréfaction vienne empêcher toute constatation utile.

523. — D'une façon générale, le juge a le droit de nommer comme expert tous les médecins français, docteurs en médecine. Mais, en réalité, il existe une liste dressée chaque année par les soins des tribunaux, approuvée par le procureur général près chaque Cour d'appel, et l'expert est choisi

sur cette liste, sauf quelques rares exceptions. Il est rare qu'un seul médecin soit nommé. Cependant il peut arriver que les parties se mettent d'accord sur un choix unique; au point de vue de la rapidité, cette solution serait de beaucoup préférable. Généralement il est nommé trois médecins experts; si les parties ne se mettent pas d'accord sur leur désignation, le choix de l'un d'eux est laissé ordinairement à chacune des deux parties, et le président, après avoir ratifié ce choix, nomme le troisième expert. Ce n'est pas là d'ailleurs une règle immuable et le président a le droit de désigner les trois noms si les parties ne sont pas tombées d'accord. (Art. 304 et 305. Code proc. civ.)

524. — L'article 17 *in fine*, édicte une règle équitable qui limite le choix du médecin expert.

Toutes les fois qu'une expertise médicale sera ordonnée, soit par le juge de paix, soit par le tribunal ou la Cour d'appel, l'expert ne pourra être le médecin qui a soigné le blessé, ni un médecin attaché à l'entreprise ou à la société d'assurances à laquelle le chef d'entreprise est affilié.

A Paris on est même plus sévère que la loi et une circulaire de M. Ditte, Président du Tribunal civil de la Seine, adressée aux médecins experts ordinaires de ce tribunal, est ainsi conçue :

Je suis informé que quelques-uns des médecins experts de la Seine seraient habituellement employés par des Compagnies d'assurances contre les accidents.

Je suis d'accord avec M. le premier Président de la Cour d'appel et avec M. le procureur général pour considérer que cette situation ne peut se concilier avec les fonctions d'expert et je prie ceux d'entre vous qui seraient investis de la double qualité de me faire connaître celle qu'ils désirent conserver.

525. — L'incompatibilité édictée par la loi ne doit s'appliquer qu'aux médecins *attachés* à une Compagnie d'assurances. En conséquence, le Tribunal d'Angoulême a déclaré que le fait pour un médecin d'avoir donné une consultation à la demande d'une Compagnie d'assurances ne fait pas

obstacle à ce que le médecin puisse être ultérieurement désigné comme expert dans une autre affaire concernant la même Compagnie.

....Attendu que... pour qu'un médecin puisse, aux termes de l'article 19 de la loi du 9 avril 1898, modifié depuis, être considéré comme attaché à une entreprise ou à une Compagnie d'assurances, il est de toute nécessité qu'il ait reçu de l'entreprise ou de la Compagnie d'assurances, et ce, à l'exclusion des autres médecins, la mission de visiter les ouvriers de l'entreprise qui viendraient à être victimes d'un accident du travail.....

526. — En matière civile, l'expert nommé a toujours le *droit de se récuser* et de refuser la mission qui lui est confiée. Le jugement prévoit généralement cette hypothèse et dit la forme dans laquelle sera remplacé l'expert qui refuse ou est empêché.

527. — Le médecin expert reçoit *communication de sa nomination* par l'avoué de l'une des parties, qui lui fait signifier par huissier le jugement le nommant.

Voici, à titre de document, le dispositif d'un jugement nommant un médecin expert :

Le Tribunal,

Avant faire droit, nomme en qualité d'experts MM. O..., M..., J..., docteurs médecins à Nantes, lesquels, serment préalablement prêté entre les mains du Président de ce siège ou du magistrat qui le remplacera, examineront le sieur T., diront si l'accident dont il a été victime, entraîne pour lui une réduction de capacité de travail ; au cas d'affirmative, feront l'évaluation ; entendront toutes personnes, s'entoureront de tous renseignements propres à éclairer leur religion ; et, sur tout, dresseront un rapport, qu'ils déposeront au greffe dans le délai d'un mois à compter de leur prestation de serment, pour être ultérieurement statué par le Tribunal.

Dit qu'en cas de refus ou d'empêchement des experts, ils seront remplacés par simple ordonnance présidentielle ;

Avant de commencer ses opérations, l'expert doit procéder à la formalité de prestation de serment devant le tribunal, ou devant tel juge qui est désigné par l'arrêt. Cette formalité est absolument nécessaire, sauf cependant si les parties l'en ont

dispensé expressément, ce qui est alors déclaré dans le jugement.

528. — Le même jour que le ou les médecins experts prêtent serment, ils doivent faire connaître le jour, l'heure et le lieu où ils procèderont à leurs opérations. Il faut en effet que les parties puissent assister à l'expertise en personne ou par leurs représentants conformément aux articles 315 et 317 du Code de Procédure civile.

Article 315. — Il sera fait sommation aux parties par acte d'avoué de se trouver aux jour et heure que les experts ont indiqués.

Article 317. — Le jugement qui aura ordonné le rapport et les pièces nécessaires seront remis aux experts; les parties pourront faire tels dires ou réquisitions qu'elles jugeront convenables; il en sera fait mention dans le rapport....

529. — Malgré la précision de la loi, malgré la jurisprudence constante de la Cour de Cassation (1) (5 février 1879; 3 janvier 1881) qui considère comme nécessaire la convocation des parties, le *droit des parties de se faire représenter à l'expertise* a été contesté en notre matière. La Société de médecine légale a mis, en 1893, cette question à son ordre du jour, et deux jurisconsultes, M. Dubrac et M. Constant (2) l'ont étudiée à fond. La Société a été d'avis qu'on devait admettre que les articles du code de procédure civile s'appliquent entièrement aux expertises médico-légales. Cependant, en présence de certains inconvénients reconnus par elle, elle a émis le vœu que la loi ne permît dans ces expertises que l'introduction d'un mandataire médecin.

Le patron ou la Compagnie d'assurances en cause auront donc le droit de faire suivre les opérations des experts par un médecin qui pourra être celui qui a soigné le blessé ou

(1) Dubrac. Accid. et expert. médico-lég. *Ann. hyg. et méd. lég.*, 1893. Vol. 30, p. 210.

(2) Constant. Accid. et expert. médico lég. *Ann. hyg. et méd. lég.*, 1894. Vol. 31. p. 72.

tel autre qu'elles jugeront convenable. Celui ci aura le droit de faire à ses confrères experts toutes les observations qu'il jugera nécessaires. Il en serait de même si le mandataire du patron était un autre qu'un médecin : un avoué ou un avocat par exemple. Les experts pourront pourtant, s'ils le jugent préférable dans l'intérêt du secret professionnel, faire une partie de leur interrogatoire en dehors du mandataire. Tel est l'avis de Dubrac. La jurisprudence est d'ailleurs fixée en ce sens que la non-présence des parties ne pourra être cause de nullité que si un tort sérieux leur a été ainsi causé.

530. — De plus, le blessé pourra aussi se faire assister de qui il jugera bon, et, en particulier, d'un médecin, qui pourra être celui qui l'a traité. La Cour d'appel de Rouen (30 avril 1902) a formellement reconnu ce droit (1).

Il n'est pas suffisant que les parties aient été convoquées à la première réunion des médecins experts, lorqu'il doit y en avoir plusieurs. Elles doivent être averties des vacations ultérieures pour pouvoir y assister en personne ou par procuration.

Cependant, *la rédaction du rapport est secrète* (2), (Cour de Cassation, 26 novembre 1866 ; 2 déc. 1866 ; 7 juin 1869) ce qui se comprend facilement. Ce que les représentants des adversaires discuteront, ce n'est pas le rapport, « ce sont les données de l'expertise, c'est-à-dire les éléments, qui serviront à la rédaction ultérieure du rapport. » (Dubrac)

531. — Avant de procéder à l'expertise les médecins nommés prennent connaissance des pièces de la procédure, des certificats qui auront été versés aux débats et généralement de toutes pièces utiles à la manifestation de la vérité, qui auront été fournies par l'une ou l'autre des parties.

---

(1) *Rec. spéc. accid. trav.*, nov. 1902.

(2) Constant, loc. cit.

532. — Les opérations des médecins experts, en matière d'accidents du travail, auront pour but le plus ordinairement, soit de fixer la vraie cause d'un décès, soit de déterminer l'état de santé du blessé.

Nous avons déjà parlé de l'*utilité de l'autopsie* lorsqu'il y a eu mort pendant le travail; mais alors même que l'individu a succombé à une maladie post-traumatique, l'examen du cadavre peut présenter un grand intérêt soit pour les représentants du mort, en leur permettant de démontrer la relation de cause à effet entre le traumatisme et le décès, soit pour le patron, en dégageant plus ou moins complètement sa responsabilité.

On ne peut d'ailleurs opposer à celui ci que l'origine traumatique d'une maladie a été définitivement établie par un certificat médical, et en particulier

par le certificat médical sommaire délivré lors de l'admission à l'hôpital, lequel a pu être établi en tenant compte des dires du blessé. Il appartient au juge de prescrire l'autopsie. (Trib. de Soissons, 1er avril 1903) (1).

Monsieur le Prof. agrégé Deléarde (2) a insisté sur l'intérêt de l'autopsie à propos d'un cas où, à la suite de la perte d'une jambe, le blessé avait succombé quelques semaines plus tard à une affection diagnostiquée *péritonite tuberculeuse*, qui, à la rigueur, aurait pu être rattachée indirectement au traumatisme. A l'autopsie, on trouva un cancer du pylore englobant le duodénum et la tête du pancréas, avec absence de manifestation tuberculeuse.

Dans une affaire récente, la Cour de Cassation (27 avril 1903) a refusé une rente à la veuve d'un ouvrier mort, deux jours après une fracture de jambe, de congestion cérébrale aiguë (?). Cet arrêt confirmait une décision de la Cour de Nancy (20 novembre 1901), qui, en l'absence d'autopsie, n'avait pas trouvé la démonstration faite de la relation de cause à effet entre l'accident et la mort. On peut croire que

(1) *Rec. spéc. accid. trav.*, juill. 1903.

(2) *Rec. spéc. accid. trav.*, juin 1903.

l'examen du cadavre aurait pu apporter cette preuve en montrant par exemple la présence d'une embolie à point de départ périphérique.

Un jugement en référé du Tribunal de la Seine (1) (3 févr. 1900) a décidé que

L'intérêt que peut avoir une partie à rechercher si un décès a été ou non la conséquence d'un accident n'est pas suffisant pour justifier une demande en autorisation d'exhumation.

Cette décision nous paraît extraordinaire, car elle mettrait parfois l'une des deux parties dans un état d'infériorité notable. Plusieurs tribunaux d'ailleurs ont au contraire ordonné des exhumations sur la demande d'une des parties.

Nous ne dirons qu'une chose de l'*expertise après décès*; comme en matière criminelle, l'autopsie doit être *aussi complète que possible*.

533. — Lorsqu'il s'agit d'*examiner un blessé*, l'expert a une tâche beaucoup plus difficile. Il devra se faire raconter très exactement les circonstances de l'accident, les traitements subis, les différentes phases qui ont amené le blessé à l'état actuel. Il n'intimidera pas le sujet examiné, le laissera exposer tous ses arguments, mais, d'autre part, contrôlera tous ses dires dans la mesure du possible.

L'examen devra être *complet* et pour cela *méthodique*. Il devra porter non seulement sur les organes dits malades, mais aussi sur tous les autres. Tout se tient dans l'économie du corps humain et une lésion observée hors du siège de l'infirmité invoquée pourra parfois expliquer bien des troubles. De plus, on devra toujours penser à une révision possible; et, pour cette cause, il est toujours d'un grand intérêt de fixer l'état actuel.

534. — Un certain nombre *d'appareils* sont indispensables ou seulement utiles à l'expert. GOLEBIEWSKI recommande

---

(1) *In* th. WAGNER.

l'usage du *ruban métrique* divisé en quarts de centimètre, du *compas d'épaisseur*, du *dynamomètre*, dont tous les médecins connaissent l'usage. En Allemagne, on emploie beaucoup, paraît-il, le *goniomètre* servant à mesurer l'amplitude des mouvements persistant dans une articulation ; cet instrument est moins utile que les premiers. Cependant, l'appréciation des déplacements angulaires que permet une articulation sera faite et notée avec *autant d'exactitude que possible.* Il en sera d'ailleurs ainsi de toutes les mesures effectuées.

Il pourra arriver que les médecins experts soient obligés d'avoir recours à un spécialiste : radiographe, électricien, ophthalmologiste, otologiste. Quelquefois, le jugement leur donnera explicitement le droit de le faire ; mais, en tout cas, cette faculté leur est toujours reconnue implicitement, puisqu'ils doivent s'entourer de tous les renseignements nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Mention est faite généralement dans le rapport des examens spéciaux ainsi pratiqués.

535. — Le *rapport d'expertise* lui-même devra avoir trois qualités : il devra être *complet, clair* et *précis.*

Complet : Il comprendra les renseignements qu'on aura pu se procurer sur les antécédents pathologiques personnels ou familiaux du blessé, les traumatismes dont il aura été victime et les infirmités antérieures à celles causées par l'accident. L'usage n'est pas d'y joindre des détails sur la description physique du sujet examiné ; ces détails pourraient cependant être parfois utiles, en permettant d'éviter une substitution de personne. L'étude de l'accident lui-même et de ses suites devra comprendre deux parties : la première constituée par les dires du blessé, la seconde, par les constatations mêmes de l'expert, celles-ci détaillées sans tomber cependant dans la diffusion ;

Clair : Le médecin devra se rappeler que le juge n'est pas lié par son rapport ; que celui-ci peut être discuté. Par conséquent l'exposé des constatations doit être fait de façon à permettre cette discussion. L'expert ne devra pas se borner

à décider; il devra dire quelles raisons le poussent à conclure dans tel ou tel sens. Il n'y aura pas d'étalage de mots techniques, mais cependant ceux ci seront employés chaque fois qu'il le faudra pour éviter toute équivoque.

Précis : Cette qualité se manifestera surtout dans les conclusions. Celles-ci devront être faites de telle façon qu'elles répondent aux questions posées par le juge et que celui-ci aperçoive très clairement l'avis de l'expert; s'il ne peut répondre avec certitude aux questions posées, l'expert indiquera les solutions possibles et leur degré de probabilité, ou l'impossibilité de rien conclure.

536. — Il est inutile d'ajouter que l'expert ne devra jamais se laisser guider par des considérations humanitaires. Il dira ce qu'il croit être la vérité. Au juge, de baser sa décision sur les renseignements qui lui sont fournis.

537. — *Aucune forme n'est imposée* pour la rédaction du rapport de l'expert. Il est d'usage d'inscrire au début la date du jugement ou la mention du juge qui a ordonné la nomination d'experts, ainsi que l'exposé de la mission qui a été confiée. On fait suivre de la mention de la date de prestation de serment, puis on indique le jour et l'heure où il a été procédé à l'expertise, ainsi que la présence ou l'absence des parties.

La formule employée se rapproche généralement de celle-ci :

Je soussigné...., médecin expert, nommé par ordonnance de M. le Président du Tribunal civil de..., (ou de M. le juge...) siégeant en conciliation, en date du..., (*ou* par un jugement du Tribunal de..., rendu à l'audience du...), à l'effet de...., (*reproduire ici les indications du jugement concernant la tâche de l'expert*).

Serment préalablement prêté le..., devant le Président du Tribunal de..., (*ou* devant M..., juge désigné par le jugement, *ou encore*, dispensé du serment du consentement formel des parties, selon les indications du jugement);

Certifie avoir convoqué en mon cabinet M. (*nom du blessé*) le... à... h..., (*ou*, m'être transporté au domicile du blessé le... à... h...) et, en présence de... (*indiquer le nom des parties présentes ou représentées, de leurs mandataires, du médecin les assistant*),

avoir pris connaissance des pièces, certificats, rapports, qui m'ont été présentés par... *(indiquer le nom des parties ayant présenté des pièces, et les pièces fournies)*, et avoir procédé à l'examen du sieur... ;

Et consigne ici le résultat de mes observations :

. . . .

538. — Le rapport doit être rédigé *sur papier libre*, comme toutes les pièces concernant les accidents du travail. Après sa rédaction, le rapport est enregistré, puis déposé au greffe du tribunal. Souvent le jugement a ordonné la date à laquelle ce dépôt doit être fait; la négligence des experts à accomplir leur mission pourrait donner lieu à une action en dommages intérêts contre eux.

Une circulaire de M. le garde des sceaux a prescrit aux experts de procéder avec la plus grande diligence et de hâter le plus possible le dépôt de leur rapport. Cependant ceux-ci ne doivent jamais hésiter à prendre tout le temps nécessaire pour l'examen du blessé et le plus souvent *ils ne devraient pas conclure après un examen unique.*

En terminant, mentionnons seulement le cas où les experts croient nécessaire de procéder à un examen suivi et prolongé du blessé en l'isolant de sa famille. Ils peuvent faire mention dans leur rapport de cette appréciation et le tribunal ordonnera ou non l'entrée du sujet dans un hôpital ou une maison de santé. Nous avons déjà envisagé cette éventualité dans la seconde partie, à propos du traitement.

539. — Les *honoraires du médecin expert* se chiffrent par vacation. La vacation est taxée 8 francs pour Paris, Lyon, Toulouse, Lille et Nantes ; elle est taxée 6 francs dans les autres villes. L'expert ou les experts comptent un nombre de vacations en rapport le plus souvent avec le rapport et la difficulté de l'expertise. La prestation de serment donne droit à une vacation, le dépôt du rapport à une autre vacation. Nous croyons savoir que dans plusieurs tribunaux une tarification uniforme a étéadoptée d'un commun accord entre

le président et les experts. Mais la somme allouée par le président pour l'expertise doit toujours être répartie en vacations.

Si l'expert doit se déplacer, les frais de transports sont calculés à 6 francs par myriamètre parcourus pour les villes citées plus haut, et à 4 fr. 50 pour les autres villes.

CHAPITRE III

De la Simulation.

Simulation et exagération. — Fréquence. — La simulation est un délit. — Simulation complète. — L'œdème dur du dos de la main. — Le chômage abusif. — Règles générales pour déjouer la simulation. — Moyens d'exploration à rejeter. — Simulation des troubles de la sensibilité : Hyperesthésie, anesthésie. — Simulation de la surdité. — Simulation des troubles de motilité. — Différences normales entre les membres homologues. — Craquements articulaires et ankyloses; paralysie flasque; faiblesse musculaire; tremblements.

540. — On a écrit que la simulation était un fait absolument exceptionnel : cette affirmation a été évidemment lancée par des individus n'ayant examiné que de loin le fonctionnement des lois sur les accidents du travail. Si l'on ne doit entendre par simulation que l'affirmation d'un traumatisme n'existant pas, nous croyons volontiers que ce genre de fraude est rare. Si, au contraire, on envisage tous les cas où il y a *exagération* souvent excessive des symptômes éprouvés, la proportion de simutateurs est très élevée. Les statistiques que nous trouvons rapportées dans les différents auteurs ne sont pas comparables, précisément à cause de la confusion entre la simulation complète et la simulation partielle : une autre cause d'erreur provient de la plus ou moins grande facilité avec laquelle l'observateur accepte les dires du blessé. Le Docteur Thisquem, Inspecteur du travail à Verviers, se basant sur un total de 2.681 cas estimait que 6, 22 0/0 des individus observés étaient des simulateurs (1).

(1) Cong. accid. du travail, 1897.

Seeligmuller, en englobant simulateurs et exagérateurs pense que, dans 25 0/0 des cas, le médecin est trompé : Hofmann croit à la simulation complète chez 1/3 des sujets et à l'exagération chez 1/6 : Steinen va plus loin et pense que 5 0/0 seulement des blessés sont absolument sincères. Sans donner de chiffres, Becker, Thiem, en Allemagne, Raffaelle, Borri, en Italie, croient à la *très grande fréquence de l'exagération* chez les sinistrés examinés.

541. — Cette tendance à l'exagération fait pour ainsi dire partie intégrante de la nature humaine. Il y aurait un chapitre curieux à écrire sur la psychologie du blessé. Tel ouvrier, à qui son patron pourrait confier sans crainte une fortune, n'hésitera pas à user de tous les moyens pour obtenir une rente plus forte que celle à laquelle il a droit. Il considère qu'il lui est dû un dédommagement non seulement pour l'incapacité de travail qui est résulté d'un accident, mais encore pour la douleur qu'il a pu éprouver. Cet état particulier d'esprit est tellement humain qu'on le retrouve dans toutes les classes de la société. La fraude semble d'autant plus légitime à bien des individus qu'ils se trouvent en face d'une collectivité riche : le sinistré d'un accident de chemin de fer n'hésitera pas à demander à la Compagnie responsable des dommages-intérêts hors de toute proportion avec le dommage réel subi.

Faire cesser un tel état de choses est d'une difficulté réelle. Lorsque la simulation est absolument certaine et démontrée de façon irréfutable, le parquet ne peut-il l'*assimiler à une tentative d'escroquerie*? Il nous semble que l'affirmative s'impose. C'est ainsi qu'a jugé la Cour de Douai (14 octobre 1900) en disant :

L'artifice de la victime qui obtient le paiement de l'indemnité journalière en simulant la prolongation de l'incapacité est une escroquerie.

Le gros obstacle aux poursuites est la quasi impossibilité si fréquente de démontrer la mauvaise foi du blessé et du médecin qui a fourni des certificats erronés. Dans certains

cas pourtant, la preuve peut être faite. Si alors des poursuites venaient montrer au simulateur qu'il s'expose par ses manœuvres, à une répression pénale, peut être serait-ce d'un salutaire exemple? Nous croyons qu'en Suisse la simulation est prévue et punie par la loi.

542. — Nous avons dit qu'il était rare que l'accident fût complètement imaginé. Il peut pourtant en être ainsi, et parfois le médecin ne découvrira pas facilement la vérité. Un des faits les plus intéressants de ce genre est peut-être l'épidémie d'*œdème dur du dos de la main*, signalée par Patry.

En juillet 1901, Secrétan (1) décrivait une affection spéciale, dont il avait observé 11 cas dans un laps de temps très court; il s'agissait d'une tuméfaction œdémateuse diffuse et uniforme du dos de la main reconnaissant pour cause avouée une contusion plus ou moins violente et persistant avec une ténacité singulière pendant plusieurs mois : cette affection avait même occasionné l'attribution d'une rente à un ouvrier jugé gravement atteint dans sa capacité de travail. On discuta beaucoup sur la nature exacte de la lésion en cause. Laan (2) remarqua ce fait singulier qu'on ne trouvait jamais de traces externes d'un traumatisme. Patry (3) fut frappé de l'excessive fréquence de l'œdème du dos de la main : en quelques semaines, il avait eu occasion d'observer 48 cas dans la même ville et cette épidémie avait sévi uniquement chez des ouvriers employés dans l'industrie du bâtiment et se connaissant : il fit une enquête rigoureuse et finit par reconnaître que la lésion était provoquée et entretenue artificiellement par des moyens qu'il indiqua. Si l'œdème

(1) *Rev. méd. de la Suisse romande*. Cf. Cheinisse. L'oedème dur traumatique du dos de la main. *Sem. méd.*, 11 mars 1903, p. 77.

(2) Nederland Tydschrift anal. *in Bull. assoc. int. méd. exp.*, 1903, p. 316.

(3) *Rev. méd. suisse romande*, 20 mars 1903, anal. *in Rec. spéc. accid. trav.*, octobre 1903.

dur traumatique existe, on peut dire tout au moins qu'il est infiniment plus rare qu'on ne l'avait cru.

543. — Un autre genre de fraude, de beaucoup le plus fréquent de tous, est l'*exagération du chômage* dans le cas d'incapacité temporaire. A la suite d'un léger accident, le blessé accuse des douleurs dans une cicatrice, dans un membre contusionné et se fait octroyer un repos plus ou moins long. SECRÉTAN a étudié (1) ce qu'il appelle le *chômage abusif* : il pense que l'on peut estimer le nombre des journées de repos supérieur de 20 0/0 à ce qu'il devrait être. De fait, tous les médecins connaissent cet abus. Certes, beaucoup d'ouvriers reprennent leur travail aussitôt que la chose leur est possible : mais un certain nombre, par indolence, pusillanimité, manque d'énergie, prolongent leur chômage plus qu'il n'est nécessaire. Ce leur est d'autant plus facile qu'ils n'ignorent pas que les Compagnies d'assurances aiment souvent mieux passer condamnation que d'entamer un procès de très minime intérêt; le préjudice qui leur est causé ne prend en effet une importance réelle, que par la répétition journalière de tels faits.

544. — Lorsqu'un expert est chargé d'examiner un blessé, il ne doit pas partir de l'idée qu'il a en face de lui un simulateur. Il doit au contraire s'efforcer d'expliquer tous les symptômes qui lui sont exposés, de les faire rentrer dans le cadre d'une affection déterminée. Mais il doit aussi avoir toutes les facultés d'observation en éveil pour ne laisser échapper aucun signe, si léger qu'il soit, pouvant mettre sur la piste de la vérité. Il faudra laisser le malade raconter son traumatisme et tous les troubles qui s'en sont suivis; on aura intérêt parfois à lui faire *mimer* son accident. Jamais, ni par une réflexion quelconque, ni même par un geste, on ne semblera douter du récit fait, des douleurs accusées, des impotences vraies ou fausses; ce sera la meilleure façon de

---

(1) *Rev. méd. suisse romande*, sept. 1901.

prendre en défaut la vigilance du simulateur. L'observation devra être continue, ne pas s'arrêter au moment où le blessé croira l'examen terminé; telle fraude qui n'a pas apparu pendant que le blessé se déshabillait, deviendra évidente lorsqu'après un examen prolongé, il remettra ses vêtements (Remy) (1). Une utile précaution sera souvent d'*éviter près du blessé la présence d'un membre de sa famille;* nous avons vu parfois, au moment où le simulateur, dérouté par nos recherches, allait accomplir un mouvement qu'il prétendait imposible quelques instants auparavant, sa femme, son fils, lui rappeler cette impossibilité prétendue.

545. — La simulation, ne sera pas toujours facile à prouver. Le médecin en aura *plus souvent l'intuition que la démonstration* et celle-ci seule peut compter aux yeux d'un tribunal. L'expert pressentira bien quelque chose d'anormal; comme l'a dit Kratz (2) le simulateur porte à son maximum chaque symptôme : il voit moins qu'un aveugle, il entend moins qu'un sourd, il boite plus qu'un paralytique. Souvent un premier examen ne suffira pas à démasquer la fraude; les Allemands l'ont bien compris, qui ont institué des *maisons d'observation*, où à chaque instant le malade est épié. Il est bien rare qu'au bout de quelques semaines il ne se soit pas trahi par une imprudence.

546. — Il est des *moyens d'exploration* auxquels il n'est pas permis d'avoir recours. Ce sont d'abord ceux qui occasionnent une réelle douleur; nous excepterions cependant les cas où cette douleur n'est causée que dans une zone prétendue anesthésique, car le simulateur ne peut alors s'en prendre qu'à lui-même de l'inconvénient qui en résulte. Ce sont ensuite les moyens qui peuvent compromettre l'intégrité du corps humain à quelque degré que ce soit. Aussi réprouverions-nous le procédé du coup de poing dans l'ab-

(1) Diagnostic de la simulation. *Rec. spéc. accid. trav.*, août 1902.
(2) Cité par Becker.

domen pour dévoiler la simulation (Rémy). De même la *chloroformisation*, toute utile qu'elle puisse être, ne pourra être employée qu'avec l'assentiment du sujet observé, assentiment qu'on fera bien de se faire donner par écrit. Il sera même bon de prévenir l'avoué de la partie examinée (Brouardel).

A part la simulation de quelques maladies internes, ordinairement assez facile à mettre en évidence, le blessé se bornera généralement à feindre des troubles de la *sensibilité* ou de *la mobilité*. Nous allons examiner les moyens de contrôler ses dires.

a) *Sensibilité.*

547. — *L'hyperesthésie* est plus souvent accusée que *l'anesthésie*. Le malade se plaint de douleurs provoquées par la pression même légère. On détournera son attention, et en l'observant attentivement, on pressera fortement le point incriminé; si le cri de douleur n'est pas immédiat, si le mouvement réflexe est en retard, il y a simulation (Menier). Il en sera de même si on peut, en provoquant une vraie douleur à distance, malaxer la partie hyperesthésique sans provoquer de réaction. (Rémy).

Le signe de Mannkopf consiste dans l'augmentation de la fréquence du pouls (25 à 30 pulsations), au moment d'une sensation douloureuse. Borri a montré qu'il y avait non seulement accélération de la pulsation cardiaque mais encore élévation de la pression sanguine et changement dans la force et la grandeur des oscillations. Il y a intérêt à objectiver ce signe en prenant un tracé sur le cylindre inscripteur de Marey.

Dans le même ordre de phénomènes est la *dilatation de la pupille* sous l'influence de la douleur.

Enfin, on se fera nettement indiquer la zone prétendue douloureuse et on la délimitera au crayon dermographique. En exerçant des pressions tantôt en dehors, tantôt en dedans

---

(1) *La méd. des accid. du trav.*, 1903, n° 1.

du cercle ainsi tracé, on aura souvent des réponses contradictoires surtout si l'on a pris la précaution de bander soigneusement les yeux du patient.

548. — *L'anesthésie* sera plus rarement simulée. Le *signe de* Mannkopf pourra servir à reconnaître son existence ou son absence. *Le signe de* Muller est basé sur l'existence des zones de sensibilité de la peau. On sait qu'un double contact ne donnera qu'une seule et même sensation s'il est pratiqué en deux parties peu distantes l'une de l'autre. La distance qui doit séparer les deux parties de contact est variable selon la région, depuis 1 millimètre pour la pointe de la langue jusqu'à 22 millimètres, 6 pour la peau du front, 40,6 pour celle du dos, 67,7 pour celle du bras. Dans ces conditions si l'on pose successivement deux doigts, l'un sur la région dite insensible et l'autre à quelques centimètres du premier, le blessé sentira deux contacts. Mais, les doigts une fois posés, il n'aura plus qu'une sensation unique. Les yeux étant bandés, si l'on retire doucement celui des deux doigts placé en dehors de la zone dite insensible, le blessé ne s'en apercevra pas et il accusera toujours la sensation de contact s'il est un simulateur. Souvent d'ailleurs il n'y aura pas besoin de grandes recherches pour dévoiler la simulation. Une piqûre exercée à l'improviste sur une zone prétendue anesthésique, provoque un mouvement de défense instinctif qui éclairera l'expert.

Anesthésie ou hyperesthésie, si le trouble de sensibilité est dû à une lésion nerveuse, il devra toujours être limité strictement au territoire d'un nerf en particulier; au contraire est-il dû à l'hystérie, on devra rechercher et trouver les autres signes de la névrose.

549. — La recherche de la *simulation des troubles visuels* est étudiée à propos des maladies de l'œil.

550. — La recherche de la *simulation de la surdité* est un peu spéciale. L'aspect du malade fournira déjà cependant

de fortes présomptions. Le sourd véritable suit la parole sur les lèvres; les yeux fixés sur son interlocuteur il cherche à deviner sa pensée. Le simulateur prendra un air indifférent *L'épreuve de* TRAUTMANN, dans le cas de surdité unilatérale, consiste à placer sur le vertex, sur le front ou entre les dents un diapason à forte résonnance. Si l'on oblitère l'oreille saine, l'audition est renforcée. Le sujet prétend-il au contraire ne plus entendre, on peut affirmer la simulation. La surdité totale sera difficile à simuler. Il sera bien rare qu'après un examen prolongé le fraudeur ne se laisse pas prendre dans un moment d'inattention.

b) *Motilité.*

551. — Le blessé pourra accuser de son impotence soit une *gêne dans les mouvements articulaires*, soit une *faiblesse musculaire* plus ou moins prononcée, soit une *contracture*, soit des *tremblements*.

Une première remarque des plus intéressantes est que tout trouble moteur entraîne forcément un état de souffrance dans la nutrition de la musculature. Cette règle ne souffre pas d'exception (HELLER), de telle sorte qu'on pourra toujours dire qu'il *y a simulation s'il n'y a aucune atrophie musculaire dans un membre prétendu privé de mouvement.* Au début, cependant, il y aura seulement une moins grande tonicité des muscles, mais un examen ultérieur ne tardera pas à révéler l'atrophie. Il sera donc de très grande importance de faire des mensurations exactes. Mais il faut se rappeler que certaines professions utilisent des groupes musculaires déterminés au détriment des autres et, par conséquent, amènent leur hypertrophie. D'une façon générale il est de règle que le membre supérieur droit est plus développé que le membre correspondant du côté opposé, sauf chez les gauchers. L'épaule sera mesurée en faisant passer le mètre par le creux de l'aisselle, le bras élevé horizontalement, faisant l'angle droit avec le thorax: pour le bras, la mesure se fera en son milieu, l'avant bras replié; l'avant-bras sera

mesuré dans sa partie la plus charnue (Becker). Rawitzsch (cité par Becker), ayant pratiqué des mensurations sur 500 individus appartenant à toutes les classes de la Société, n'a trouvé les deux membres supérieurs d'égal volume que chez 25 0/0 environ ; dans tous les autres cas, il existait des différences de diamètre pouvant aller jusqu'à 4 centimètres pour l'épaule, 2 centimètres pour le bras et l'avant-bras, sans qu'aucune anomalie ou aucun état pathologique fussent en cause.

On a dit que les membres inférieurs ne présentent pas de différence dans leur musculature. D'après Godin (1) il y aurait constamment au contraire une différence de circonférence variant entre cinq millimètres et un centimètre, mais au profit du membre gauche.

552. — Les *raideurs articulaires* ne sont pas démontrées par la présence de bruits de *craquements*, comme le croient volontiers certains simulateurs. Il y aura toujours lieu de comparer l'articulation dite malade avec les autres. La présence de craquements articulaires a été trouvée par Heller, chez des sujets normaux, 40 fois sur cent, en particulier dans les grandes articulations : coude, épaule, genou surtout, poignet etc. D'ailleurs, bien souvent, les craquements ne sont pas produits dans l'articulation elle-même, mais peuvent être provoqués, souvent à volonté, par le frottement des tendons ou des ligaments (Becker).

Dans les cas *d'ankylose* prétendue on ne devra pas chercher à lutter directement contre cette ankylose, mais, en occupant l'attention du malade d'un autre côté, on arrivera parfois pendant ce temps, à provoquer des mouvements déclarés impossibles. Chez un homme prétendant ne pouvoir fléchir un genou ankylosé en extension, à un angle de plus de 20°, on constata, en le priant de s'asseoir sur une chaise basse, ce qu'il fit sans réflexion, que l'angle de flexion du genou atteignait plus de 90° (Becker).

(1) *Compte-Rend. Acad. sc*, 1900.

A chaque fois qu'un mouvement sera faussement prétendu impossible, il y aura contraction d'un groupe musculaire qu'on pourra mettre en évidence en variant à l'improviste les mouvements imprimés. De plus on sentira souvent sous la main les muscles se contracter.

553. — La simulation de la *paralysie flasque* sera dévoilée par l'examen électrique. S'il n'y a aucune dégénérescence des muscles ou des nerfs, ou bien l'on se trouve en présence d'une névrose dont on retrouvera d'autres stigmates, ou bien il y a simulation. De plus, il est de règle, lorsqu'il y a eu paralysie, que les mouvements volontaires reparaissent les premiers, alors que l'excitation électrique ne donne aucun résultat. Si l'on obtient des contractions sous l'influence du courant électrique et que le patient prétende ne pouvoir faire aucun mouvement, c'est qu'il ment (Rémy). Le Dr Régnier, de Bordeaux (1), indique un moyen propre à dépister la simulation, lorsque le malade déclare ne pouvoir lever le membre supérieur au dessus de l'horizontale. Il fait incliner le tronc en avant et placer les bras des deux côtés de la tête, dans la position de l'adoration mulsumane. Il relève brusquement le tronc, et, s'il y a simulation, les deux bras resteront parallèles.

554. — *La faiblesse musculaire* sera un des symtômes les plus souvent exagérés. Les mensurations en séries à l'aide de dynamomètres donnent d'utiles renseignements. Remy conseille d'employer le dynamomètre cylindrique d'Ulmann, à aiguille invisible. Il y a décroissance régulière, si l'on fait faire une suite d'essais. Dans le cas où le blessé ne donne pas toute sa force, il est rare qu'il puisse arriver à graduer aussi régulièrement l'effort déployé.

En faisant serrer un objet rond et lisse dans la main de l'ouvrier, si on lui arrache brusquement, la main se fermera s'il serrait réellement, elle restera inerte, s'il y a simulation

---

(1) Cité par Menier, loc. citat.

(Rémy). Von Hösslein (1) préconise un procédé à peu près analogue ; il fait exécuter au malade un mouvement quelconque auquel il oppose une certaine résistance. Si la paralysie est simulée, réserve faite pour les paralysies hystériques, le mouvement ne se prononce pas. Au contraire, si la paralysie est réelle, le mouvement ordonné se dessine aussitôt que la résistance cesse. Rémy conseille encore d'observer la façon dont le blessé place le pouce dans la préhension : s'il l'écarte, c'est qu'il veut induire en erreur, car la flexion de l'index est gênée par cette position.

555. — La *simulation des tremblements* sera dévoilée par l'artifice suivant s'il s'agit des membres supérieurs. On fera décrire avec une des mains différents mouvements, par exemple tracer les lettres de l'alphabet; si le tremblement est simulé, on le verra cesser de temps à autre dans l'autre main, qui, involontairement, s'associera aux mouvements exécutés par le premier membre. On sait en effet la difficulté qui existe de faire des mouvements dissemblables avec deux membres donnés. C'est le procédé de Fuchs (2).

Pour les membres inférieurs on fera coucher le blessé sur le ventre et fléchir les deux jambes à angle droit, de telle sorte que la plante des pieds regarde en l'air. Dans cette position le tremblement simulé s'arrête forcément (Seeligmüller).

556. — Tout ce que nous venons de dire ne constitue d'ailleurs qu'une série d'exemples. Le médecin expert devra noter dans son rapport les moyens qu'il aura employés pour déjouer la simulation. D'ailleurs, il pourra varier à l'infini ses procédés de recherches. *Dans les fonctions d'expert, il n'y a pas seulement besoin de science, il faut encore beaucoup d'ingéniosité.*

---

(1) Munich. med. Woch., 1902 an. in *Bull. assoc. inter. méd. exp.*, 1903, p. 46.

(2) Cité par Thiem.

CHAPITRE IV

L'incapacité permanente.

Divers degrés d'incapacité de travail. — Mode d'évaluation de l'incapacité permanente partielle. — Barèmes fixes et leurs inconvénients. — Variation du tort causé, avec la profession exercée par le blessé. — La loi française indemnise seulement la diminution dans la capacité du travail. — La défiguration. — Egalité de salaire. — Classifications des professions. — Capacité de concurrence. — Passage d'une profession à une profession voisine. — Conditions individuelles : intelligence, âge. — Cas extrêmes ; grandes et petites infirmités. — Infirmités préexistantes : jurisprudence. — Appareils prothétiques. — Incapacité absolue. — Sa rareté. — Jurisprudence. — Effets de l'accoutumance sur l'incapacité permanente. — Incapacité temporaire relative. — Rente en capital.

557. — Le but le plus fréquent des expertises médicales en matière d'accidents du travail est la détermination de la perte définitive subie par le sinistré dans sa valeur ouvrière.

La loi française range les accidents en quatre catégories, selon qu'ils ont entraîné la *mort*, une *incapacité temporaire* de travail, une *incapacité permanente totale*, une *incapacité permanente partielle* ; les législations danoise et italienne ont admis une cinquième classe : l'*incapacité temporaire partielle*. Cette dernière, absente de la loi française, présente un intérêt très grand, comme nous aurons occasion de le voir.

558. — La terminaison de beaucoup la plus fréquente d'une blessure par accident du travail, après le cas d'incapacité simplement temporaire, est le cas *d'incapacité permanente partielle*. Deux avis sont en présence sur la conduite à tenir

par le médecin expert dans la rédaction de son rapport. Les uns voudraient que l'expert se bornât simplement à constater les lésions, l'état actuel du blessé, l'amélioration possible et laissât le juge en tirer les conclusions sur le dommage causé; les autres demandent que le rapport donne exactement l'indication de la dépréciation. Le plus souvent c'est à ce dernier parti que s'arrêtent les experts; c'est d'ailleurs souvent la demande précise qui leur est faite dans le jugement les désignant. Cette appréciation se fait généralement par un pourcentage; l'expert dira que la capacité ouvrière a subi une dépréciation de 25, 30 0/0, etc. ou qu'elle représente 25, 30 0/0 de la valeur antérieure.

559. — Lors de la discussion de la loi, on avait proposé d'adopter la pratique de la plupart des Compagnies d'assurances qui avaient un barème où l'appréciation de chaque blessure était tarifée à l'avance. Si nous prenons, par exemple, les stipulations d'une police individuelle, émise par une grande Compagnie française, nous y voyons que le maximum de perte étant représenté par 100, les infirmités sont ainsi estimées :

Perte des yeux, perte de l'usage des deux membres, quelle que soit la combinaison, aliénation mentale incurable — 100;

Perte d'un membre, fracture non consolidée de cuisse — 50;

Perte d'un œil, fracture non consolidée d'une jambe ou d'un bras, amputation de quatre doigts d'une main ou de trois doigts y compris le pouce, amputation partielle d'un pied, surdité — 25;

Perte des mouvements ou de l'usage d'une épaule, du coude, de la hanche, du genou, du cou de pied, perte de l'usage du pouce seul ou avec un doigt, de trois autres doigts d'une main, raccourcissement du membre inférieur de 5 centimètres au moins-16,66;

Perte de l'usage de deux doigts d'une main, amputation de deux ou trois orteils d'un pied, perte des mouvements du poignet, raccourcissement d'un membre inférieur de 3 centimètres au moins — 10.

Les tableaux de ce genre sont extrêmement nombreux, ils ne diffèrent que par le nombre de catégories, par les chiffres attribués comme représentatifs de chaque infirmité. Il en

existe plusieurs en Allemagne ; la loi italienne en renferme un. Plusieurs jurisconsultes pensent que l'adoption d'un tarif ainsi fixé aurait pour résultat une grande diminution du nombre des procès, puisque chaque ouvrier saurait exactement ce à quoi son infirmité lui donnerait droit, chaque patron ce qu'il serait condamné à verser. Cet argument paraissait assez sérieux ; mais, depuis l'application de la loi, on se demande s'il n'est pas spécieux. En réalité, dans les procès, on discute plus souvent sur le degré de l'infirmité, que sur le taux de la rente pour une infirmité donnée. De plus, le gros inconvénient, le vice rédhibitoire, disons-le de suite, de ce système d'appréciation est de dédommager de la même façon une même infirmité quel que soit l'individu qui est frappé. Or *il est impossible de dire que le tort causé par une même lésion est toujours identique*. De multiples circonstances font varier ce tort. Et ces circonstances sont tellement individuelles parfois qu'on ne peut penser à établir des barèmes *même par professions*. Il faut que le juge ait la plus grande latitude dans son appréciation, malgré la simplification qui résulterait d'un tarif unique. On pourra relever ainsi entre deux jugements émanant de tribunaux différents des contradictions, mais ces contradictions seront souvent plus apparentes que réelles, surtout au fur et à mesure que la loi sera devenue plus ancienne, qu'un long usage en aura mieux montré le fonctionnement et les résultats.

560. — Nous signalerons tout d'abord que *la loi française entend dédommager seulement la diminution dans la capacité de travail* et non pas les infirmités, quelque pénibles qu'elles puissent être. Ainsi, il a été jugé par la 4e Chambre du Tribunal civil de la Seine (4 août 1900) que la perte de plusieurs dents ne constitue pas une incapacité de travail. Sachet estime qu'il en est de même pour la perte de l'extrémité d'un doigt de la main gauche, mais ceci prête davantage à discussion. A l'inverse de ce qui se passe en Allemagne, et par application de ce principe qu'une infirmité n'entraîne pas forcément une incapacité de travail, les tribunaux français

n'accordent aucune rente à l'ouvrier qui est atteint de *défiguration*. Le Tribunal de la Seine a jugé ainsi dans une affaire où l'expert se basant sur la défiguration, avait conclu à une incapacité absolue (1). Il est cependant des professions où le tort subi par une défiguration peut être considérable : par exemple un valet de chambre, un employé de commerce trouveront fort difficilement à s'occuper s'ils sont porteurs d'une cicatrice horrible du visage.

La 7e Chambre de la Cour d'appel de la Seine, dans un cas où l'expert, ne tenant pas compte d'une paralysie faciale, défigurant hideusement la victime, avait évalué la diminution de capacité à 75 0/0, a élevé ce chiffre à 90 0/0 en tenant compte de la défiguration. (11 déc. 1903) (2).

561. — Il est une considération qui semblerait à un examen superficiel devoir entraîner la négation du tort subi par le blessé, c'est l'*égalité de salaire* avant ou après l'accident. C'est là un point de droit qui a été soulevé plusieurs fois devant les tribunaux, surtout dans les premiers temps de l'application de la loi. Au début, on avait obtenu des jugements disant qu'il n'y avait pas lieu à attribution d'une rente :

L'ouvrier atteint d'une incapacité partielle permanente n'a droit à aucune pension quand son patron le reprend après guérison et lui paye le même salaire qu'avant l'accident (Cour de Nancy, 1 mars 1900) (3).

Mais si on prenait comme base d'appréciation le salaire après l'accident, il arriverait que les patrons pourraient se dispenser de payer la rente due, en conservant le même salaire au blessé, tant que la prescription ne serait pas acquise.

Alors même que l'ouvrier n'est pas resté chez le même patron, la Cour de Cassation estime que la non diminution du salaire n'est pas synonyme d'absence d'incapacité.

(1) *Rev. jud. acc. trav.*, juin 1900.
(2) *Ann. hyg. et méd. lég.*, 1904.
(3) *Rev. jud. acc. trav.*, juin 1900.

... Le Juge n'est pas tenu de considérer seulement le salaire touché par un ouvrier après la reprise du travail, salaire dont le taux peut dépendre de circonstances multiples; il doit rechercher dans quelle proportion la capacité professionnelle de l'ouvrier a été diminuée par suite de l'accident. (Cour de Cassat., 19 janv. 1903) (1).

Le Tribunal de Bordeaux est encore plus sévère; alors même que d'autres ouvriers porteurs de l'infirmité présentée par le sinistré gagnent le même salaire, il refuse de faire état de cette donnée, ce qui peut paraître excessif :

Subit une incapacité permanente, l'ouvrière qui a perdu une partie d'un doigt, alors même que dans l'atelier où elle travaillait, d'autres ouvrières, auxquelles même accident était survenu, continuent à faire la même besogne et gagnent même salaire (Tribunal de Bordeaux, 12 mars 1900) (2).

562. — La connaissance du salaire gagné par le blessé après la consolidation de sa blessure ne sera donc qu'un facteur accessoire dans la détermination de l'incapacité. Ce qu'il faudra déterminer, c'est « *d'une part l'état physique et intellectuel du sujet, comparé à ce qu'il était avant l'accident, et d'autre part, les chances qui lui restent de pouvoir exercer encore une profession rémunératrice.* » (Office Impérial allemand). Le métier de l'individu sera extrêmement important à connaître. Certaines professions exigent plus particulièrement l'usage de certains membres, l'intégrité parfaite de certaines parties du corps. Rémy, dans un excellent article (3), a fait remarquer l'intérêt qui s'attacherait à un tableau des professions, indiquant pour chacune d'elles les muscles ayant le plus à travailler, les articulations dont la mobilité est nécessaire. Il y aurait lieu d'ajouter, dit-il, la durée d'apprentissage nécessaire dans chaque corps de métier. Le médecin est souvent trop ignorant de certains détails qui lui seront indispensables pour une saine appré-

(1) *Rec. spéc. accid. du trav.*, fév. 1903.
(2) *Rec. spéc. accid. du trav.*, juillet 1900.
(3) *Bull. méd.*, 27 août 1902.

ciation de l'infirmité. On avait proposé pour obvier à cette incompétence, de faire juger les procès en indemnité par un tribunal mixte, dans la composition duquel entreraient des professionnels patrons et ouvriers. Il y aurait là une grave source de complications, sans que la solution fût parfaite. Mais le médecin expert aura souvent à s'informer auprès de techniciens, des conditions d'accomplissement d'un travail donné.

563. — Si l'on voulait esquisser un classement des ouvriers selon le tort que leur cause telle ou telle infirmité, on pourrait accepter celui de Becker.

a) *Métiers demandant seulement de la force physique*, sans grande habileté manuelle, sans intelligence spéciale, sans apprentissage préalable ou à apprentissage très court : bûcherons, portefaix, cantonniers, terrassiers, ouvriers agricoles, et d'une façon générale tous ceux qu'on est convenu d'appeler manœuvres; ces ouvriers employés aujourd'hui à la surveillance d'une machine-outil, travailleront demain à décharger un navire, ou à des travaux de terrassement. Une légère blessure de la main, une diminution de la préhension ne les atteindra guère, tandis que la gêne des mouvements des membres inférieurs, une diminution de force les empêchera de se livrer au travail;

b) *Métiers demandant un certain degré d'habileté* en plus de la force physique et exigeant un apprentissage plus ou moins long : charpentiers, maçons, tapissiers, décorateurs, mineurs etc. Des lésions minimes des doigts gênent peu les ouvriers appartenant à ces corps d'état; au contraire, parfois, un trouble peu intense dans la mobilité articulaire leur cause un préjudice notable;

c) *Professions ne demandant guère que l'usage des mains* : tailleurs, cordonniers, menuisiers, serruriers, etc.; des troubles même graves parfois dans les mouvements des membres inférieurs ne causent qu'un tort léger chez les ouvriers de ce groupe, tandis qu'ils ont besoin de toute la souplesse de leurs mains :

d) Artistes, machinistes, ingénieurs, *professions exigeant une grande tension intellectuelle*; d'une façon générale les troubles nerveux sont infiniment plus graves dans ce dernier groupe que dans les précédents.

564. — Évidemment on ne doit pas seulement faire entrer en ligne de compte l'appréciation brute du travail fourni par un membre ou un segment de membre dans une occupation déterminée : un tailleur qui ne travaille que des mains, subira cependant un préjudice considérable s'il est obligé de subir l'amputation d'une jambe. Il faut en effet apprécier la difficulté avec laquelle il se déplacera ; il sera forcé de chercher du travail dans un rayon plus restreint et par conséquent il pourra supporter de ce chef des jours de chômage dont on doit l'indemniser. L'ouvrier est touché non dans sa capacité de travail, mais dans sa *capacité de concurrence* (MAGNUS). Toutes les fois que le marché du travail se restreint, il y a dommage causé et par conséquent droit à réparation (Narbonne, 25 juillet 1900) (1).

565. — Le *passage d'une profession à une autre* pourra parfois se faire sans difficulté. On ne pourra pas demander à un ouvrier habitué aux gros travaux, de se mettre à une besogne délicate. Un maçon ne pourra pas devenir facilement mécanicien ; mais un charretier n'aura pas de peine à se transformer en camionneur ; un ouvrier plombier pourra être forcé par des vertiges de renoncer à monter sur les toits, mais cela ne l'empêchera pas de faire un excellent travailleur dans un atelier ; vous ne pourrez demander à un ingénieur de devenir terrassier mais une place de dessinateur peut parfaitement lui convenir.

566. — L'*intelligence du sujet* en cause devra donc aussi être examinée. L'apprentissage d'un nouveau métier sera-t-il plus ou moins long ? Le blessé trouvera-t-il le moyen de

(1) *Rev. jud. accid. trav.*, déc. 1901.

compenser la dépréciation qu'il a subie? Autant de points à déterminer par le médecin expert et par le tribunal.

L'*âge* jouera aussi un grand rôle dans l'appréciation du degré d'incapacité; dans la vieillesse on ne se prête plus aussi facilement à une nouvelle besogne que dans la jeunesse. Un ouvrier infirme et vieux trouvera difficilement un emploi. Au contraire, un jeune homme peut changer aisément de situation. Il pourra faire l'apprentissage d'un métier autre que celui auquel il se destinait. En Allemagne, les associations professionnelles aident les jeunes sujets blessés à apprendre une nouvelle profession (BECKER).

567. — En résumé, pour fixer le degré d'incapacité permanente d'un sinistré, l'expert aura à se poser les questions suivantes :

Le blessé est-il dans la possibilité d'exercer encore sa profession, avec ou sans réduction de salaire?

S'il ne peut reprendre le même travail qu'antérieurement, existe-t-il des professions voisines, où, sans nouvel apprentissage, il peut prétendre gagner un salaire réduit ou non? ou bien, le blessé est-il à même par son âge, son intelligence, ses aptitudes personnelles, de faire l'apprentissage fructueux d'une nouvelle profession, malgré son infirmité?

Le médecin expert, dans son rapport, fera bien de répondre à ces questions; après avoir indiqué le degré d'incapacité pour la profession habituelle du blessé, *l'incapacité professionnelle*, il indiquera d'une façon plus générale l'incapacité au point de vue des autres professions.

568. — Les *cas extrêmes* sont ceux qui présentent le plus de difficulté, à notre avis. Dans les infirmités de moyenne importance, on arrivera facilement à se mettre d'accord sur le taux de l'indemnité. Mais quand il s'agit de la perte d'un bras droit, par exemple, de la perte d'une jambe, l'appréciation devient difficile. Nous verrons, dans le chapitre suivant, les évaluations diverses faites de ces grandes infirmités et nous exposerons les chiffres que nous estimons justes. Nous ne

voulons ici que signaler la gravité que nous leur attachons ; l'ouvrier privé d'un bras, celui qui a une jambe de bois, ne trouvera que très difficilement du travail ; c'est un impotent qu'on n'emploiera souvent que par pitié ou lorsqu'on n'aura pas d'autre aide à sa disposition. Si tout gain ne lui est pas impossible, tout travail lui devient très difficile : *sa dépréciation est énorme*.

En revanche nous comprenons fort bien le principe de l'Office Impérial allemand qui n'admet pas qu'on accorde de rente inférieure à 5 0/0 (BECKER). Lorsqu'on estime à ce taux la perte subie par un ouvrier dans sa capacité de travail, on a souvent l'intention, beaucoup plus de lui donner un dédommagement de la douleur, de la toute petite diminution de son intrégrité corporelle, que d'estimer vraiment le tort qui lui est causé. Prenons le cas d'un ouvrier gagnant un salaire annuel de 1.200 francs, nous verrons que cette dépréciation de 5 0/0 correspond à une rente de 30 francs, soit 10 centimes par jour en comptant 300 journées de travail par an. Qui pourra croire à la réalité d'une diminution de salaire si minime ? Cet ouvrier payé 4 francs par jour avant l'accident ne toucherait plus que 3,80 d'après notre hypothèse. Le fait ne se produira jamais dans la pratique.

569. — L'expert doit-il tenir compte des *infirmités préexistantes*, dans l'estimation de l'incapacité permanente ? Nous pensons qu'il doit dans ce cas poser deux évaluations, la première basée sur ce que serait le tort subi par un individu normal, la seconde tenant compte de la gravité particulière due à l'état de la victime. Le juge appréciera dans quelles limites l'infirmité antérieure doit entrer en ligne de compte pour la détermination de l'indemnité. La jurisprudence a un peu varié. Certains tribunaux n'ont considéré que l'infirmité causée par l'accident lui-même :

Dans le cas où un ouvrier déjà privé de l'usage de la main droite par suite d'un accident antérieur est victime d'un nouvel accident ayant pour effet l'ankylose de trois doigts de la main gauche, le patron ne saurait être responsable de l'accident antérieur ; sa

responsabilité est limitée aux conséquences de l'accident (Trib. de Lille, 7 déc. 1900) (1).

Une seconde théorie tient compte de l'infirmité préexistante et attribue une plus grande valeur au membre qui était utilisé :

Lorsqu'un ouvrier déjà privé de l'usage d'une main vient à perdre par accident un ou plusieurs doigts de l'autre main, il y a lieu d'attribuer une valeur particulière aux doigts ainsi perdus du fait de l'accident. (Cour d'Angers, 24 décembre 1901. — Trib. de la Seine, 8 mai 1901.)

La Cour de Cassation, au contraire, a déclaré qu'il n'y avait lieu dans les suites d'un accident qu'à tenir compte du salaire existant avant, de la capacité de travail subsistant après, sans tenir compte des infirmités qui pouvaient exister antérieurement. Cependant le montant total des rentes allouées ne peut dépasser les 2/3 du salaire (C. d'Aix, 28 mars 1903 (2) — Cour de Paris 27 février 1903).

570. — Il n'appartient pas davantage à l'expert de faire entrer en ligne de compte, dans l'allocation de la rente à accorder, les *frais occasionnés par l'achat d'un appareil de prothèse* quelconque : membre artificiel, par exemple, pas plus que par le renouvellement d'un bandage herniaire. La nécessité de ces faits sera indiquée dans le rapport d'expertise et le juge augmentera ou non le chiffre de la rente à accorder. La jurisprudence est divisée sur ce point. Le tribunal de Nantes (7 mai 1900), la Cour d'appel de Paris (13 décembre 1900) ont pensé que le patron devait le paiement des appareils prothétiques et qu'il y avait lieu d'ajouter à la rente d'incapacité une prestation supplémentaire pour le renouvellement de ces appareils. — Mais la Cour de Cassation (25 juin 1902) a décidé que :

Le tribunal n'a pas le droit de rien ajouter au chiffre fixé par la

(1) *Rec. spéc. acc. trav.*, 1901.
(2) *Rec. spéc. acc. trav.*, mai 1903.

loi et par conséquent ne peut ordonner le versement du prix d'un appareil et son renouvellement.

571. — La nature de *l'incapacité absolue* se comprend facilement après ce que nous avons exposé de l'incapacité partielle. Pour qu'on puisse dire d'un blessé qu'il est en état d'incapacité absolue, il faut non seulement que tout travail professionnel lui soit interdit, mais encore qu'il ne puisse prétendre à aucune occupation rémunérée. A *l'incapacité professionnelle* (*Arbeitssunfähigkeit*, des Allemands) il doit joindre *l'incapacité de gain* (*Erwerbsunfähigkeit*).

Tout effort corporel, aussi léger qu'il soit, est interdit à l'ouvrier frappé de cette incapacité; ses lésions le rendent inapte à exercer n'importe quel métier (Becker).

Le blessé est un impotent *empêché de se livrer à tout jamais à un travail utile* (1), *exclu de toutes les professions industrielles* (2).

En Belgique on considère de même comme incapacité absolue, celle qui met la victime hors d'état de se procurer normalement soit par son ancien métier, soit par des besognes quelconques présentant une certaine régularité, des ressources de quelque importance (Destrée) (3).

572. — De nombreux jugements ont confirmé en principe, cette interprétation du terme : *incapacité absolue*. Les variations qui se sont montrées dans l'appréciation de telle ou telle infirmité proviennent seulement de l'application du principe suivant le métier, l'âge, l'intelligence du sujet. Nous avons déjà montré l'importance de ces divers facteurs à propos de l'incapacité partielle.

Un ouvrier doit être considéré comme atteint d'une incapacité permanente et totale quand il ne peut plus se livrer aux travaux

(1) Circulaire du garde des sceaux Lebret, 10 juin 1899.

(2) Circulaire du ministre de l'Industrie Millerand, 24 août 1899.

(3) Calcul et evaluation des dommages-intérêts aux victimes d'accident. Bruxelles, 1902.

de force auxquels il était apte uniquement et qu'il est trop âgé pour l'apprentissage d'un métier sédentaire et n'exigeant que l'emploi d'un bras,

dit la Cour de Douai (1) (5 avril 1900) et elle accorde la rente d'incapacité absolue à l'ouvrier privé de son bras droit. La Cour de Riom dans une espèce identique, rend un arrêt semblable (2) ; le Tribunal de Nantes (7 avril 1900) juge de même :

..... Attendu que M., si bon ouvrier qu'il fût, est illettré, qu'il n'a fait aucun apprentissage et qu'il ne connait que les travaux de force, lesquels lui sont désormais interdits complètement....... (3).

Cependant la Cour de Bordeaux (29 juin 1900), la Cour de Besançon (6 juin 1900) ont refusé d'admettre que l'amputation d'une jambe crée une incapacité absolue.

573. — Dans un projet de loi soumis à la Chambre en 1893, on avait proposé l'énumération des infirmités incurables entraînant l'incapacité absolue : de ce nombre étaient la cécité, la perte complète de l'usage de deux membres. Le législateur a mieux fait de laisser au juge le plus grand pouvoir d'appréciation.

L'incapacité absolue, telle qu'elle est comprise par les commentateurs français et étrangers et par la jurisprudence, cette incapacité qui fait de l'ouvrier, selon une expression employée, une véritable « *épave humaine* », est d'une *assez grande rareté*. En 1897, en Allemagne, les corporations ouvrières ont enregistré sur 92.326 accidents, 1.507 cas d'incapacité absolue, soit 1,61 0/0 (Becker); la statistique française (4) de 1901, donne sur 229.000 accidents déclarés et 10.627 affaires soumise aux tribunaux, 227 incapacités absolues soit moins de 1 pour mille.

(1) *Rec. spéc. acc. trav.*, août 1900.
(2) *Rec. spéc. acc. trav.*, nov. 1902.
(3) In. Th. Wagner.
(4) *Rev. jud. accid. trav.*, mars 1902.

574. — La *réparation accordée par la loi* est différente selon le degré d'incapacité.

Art. 3 — L'ouvrier ou employé a droit :

Pour l'incapacité absolue et permanente, à une rente égale aux deux tiers de son salaire annuel :

Pour l'incapacité partielle et permanente, à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident a fait subir au salaire.

On voit l'intérêt d'une estimation exacte du degré d'incapacité. Tandis que l'incapacité de 95 0/0 ne donne droit qu'à 47,50 0/0 du salaire, l'incapacité totale qui en est si voisine fera accorder 66 0/0 de ce même salaire. On trouve même une certaine contradiction dans la loi, puisque le total de la rente accordée dans le premier cas et du gain journalier qui n'est plus que de 5 0/0, n'atteint que 52,50 0/0, du salaire antérieur. On verrait de même, en additionnant le nouveau salaire et la rente accordée, que, pour des ouvriers atteints d'incapacité partielle estimée à 30, 50, 80, 90 0/0, le total de ces deux chiffres est respectivement de 85, 75, 60, 55 0/0, suivant ainsi une proportion décroissante. Ne serait-il pas plus juste de calculer la rente accordée selon le degré de l'infirmité de telle façon que l'ouvrier ait constamment la possibilité d'atteindre les 2/3 de son salaire antérieur? Ceci regarde surtout les économistes. Au point de vue médical, nous allons trouver de beaucoup plus graves reproches à adresser au mode de réparation organisé par la loi.

575. — En France, la rente accordée est fixée définitivement. Or, on sait combien, par l'accoutumance, on arrive à ne plus être gêné par une infirmité quelquefois même considérable. Il s'établit des mouvements compensateurs pour suppléer à ceux qui n'existent plus. Bref, au bout de quelques mois ou de quelques années, le blessé est à même de gagner sa vie comme tout autre ouvrier de la même profession : l'*infirmité est restée, l'incapacité a disparu*. En voici quelques exemples recueillis dans notre pratique personnelle :

P..., tailleur de pierres; ankylose du poignet droit limitant les

mouvements à un angle de 40° environ, de l'extension extrême à la flexion forcée; même capacité de travail;

X..., chauffeur, était valet de chambre quand il se brisa la jambe droite et l'avant-bras du même côté; raccourcissement de 3 cm. de la jambe fracturée; son salaire est supérieur à celui qui existait avant l'accident;

C., mécanicien; ankylose du poignet droit presque totale; au bout d'un an, travaillait comme auparavant et touchait une rente basée sur une diminution de capacité évaluée à 25 0/0;

P.., charpentier, ankylose du coude gauche limitant la flexion à un angle de 60° environ; au bout de quelques mois n'était plus gêné dans sa profession qu'il exerce avec la même dextérité que ses compagnons.

576. — Nous pourrions citer de nombreux autres exemples; depuis plusieurs années, tous les infirmes qui sont venus à notre observation, pour quelque cause que ce soit, ont été soigneusement interrogés sur l'origine de leur blessure, la reprise du travail, la gène apportée à leur occupation professionnelle. Le résultat de cette enquête est que, *le plus souvent, il y a une amélioration qui, parfois, est telle que l'incapacité primitive disparaît totalement*. Nous devons ajouter que les faits de ce genre sont surtout nombreux chez les ouvriers blessés avant la loi de 1898; la reprise hâtive du travail, la certitude de ne pouvoir compter que sur soi-même est probablement pour beaucoup dans ce résultat.

577. — Sur quoi donc se baser pour l'évaluation de la rente à accorder, dans ces cas où l'amélioration future est certaine, démontrée par l'expérience journalière. Si on prend pour base l'incapacité qui existera dans un an, dix-huit mois, on cause un tort à l'ouvrier pendant toute la première période; si on n'apprécie que l'incapacité actuelle, l'estimation est trop forte. Certains tribunaux ont tourné la difficulté par une solution qui, si elle n'est pas dans la loi, est absolument équitable et mériterait d'être explicitement adoptée par le législateur : c'est le système des rentes échelonnées.

Si la consolidation de la blessure permettant la reprise du travail se produit avant que l'état définitif, dès à présent certain,

soit acquis, les juges peuvent, tout en fixant la rente définitive, allouer pour la période intermédiaire une autre rente correspondant à l'infirmité première,

dit la Cour de Paris (4 avril 1903) et elle fixe une rente basée sur une diminution de capacité de 50 0/0 pendant 15 mois et une seconde rente de la moitié seulement de 15 0/0 à partir du seizième mois. Le Tribunal de Nancy (30 octobre 1902), le Tribunal de la Seine (22 avril 1903) (1) ont adopté la même jurisprudence. C'est l'admission d'une *incapacité temporaire relative*. La Cour de Cassation sanctionnera-t-elle cette interprétation de la loi?... Nous ne croyons pas qu'elle ait été appelée jusqu'ici à se prononcer.

578. — Le mode du *règlement de l'indemnité en rente* ne paraît pas toujours équitable. Le législateur a voulu protéger l'ouvrier contre les agents d'affaires qui l'exploitaient avant la loi de 1898. De plus l'ouvrier n'est pas tenté par le désir de toucher immédiatement un capital plus ou moins fort qui, vite dissipé bien souvent, ne réparerait que rarement le tort réellement causé. Toutes ces raisons ont leur valeur. Cependant, on ne peut nier que, dans bien des cas, le paiement d'un capital serait beaucoup plus utile à l'ouvrier que l'allocation d'une rente.

Voici un couvreur à qui l'ankylose totale d'un genou en extension interdit son ancienne profession. Il avait un salaire annuel de 1.500 francs. La rente qui lui sera allouée d'après les estimations les plus élevées ne sera pas supérieure à 375 francs. L'attribution d'une somme de 1.500 ou 2.000 francs le mettrait à l'abri du besoin pendant un an ou deux et lui permettrait ainsi d'apprendre un nouveau métier. Ne serait-ce pas infiniment préférable et ne réparerait-on pas ainsi beaucoup mieux le dommage? La loi défend cette conversion.

Article 21. — La pension ne pourra être remplacée par le paiement d'un capital que si elle n'est pas supérieure à 100 francs.

---

(1) *Rec. spéc. acc. trav.*, mai et juin 1903.

On ne peut même pas tourner la difficulté par un accord où l'ouvrier accepterait une évaluation suffisamment minime pour permettre le rachat de la rente. Tout contrat de ce genre serait nul et le juge peut refuser de ratifier un accord qui lui paraît reposer sur une évaluation inexacte.

579. — *Dans les cas où la rente allouée est inférieure à 100 francs*, le rachat est permis, mais le patron peut s'y refuser. Nous voudrions que, quel que fût le chiffre de la rente, le juge eût le droit, *en s'inspirant des circonstances de la cause*, d'ordonner en tout ou en partie la conversion de la rente en un capital donné. Il tiendrait compte de la volonté exprimée par les deux parties, de l'âge du blessé, de ses aptitudes, de son métier, de son degré d'infirmité; il pourrait décider au besoin que ce capital ne serait versé que par fractions. Un pouvoir plus étendu que celui qui lui est actuellement attribué nous paraîtrait devoir donner d'excellents résultats.

580. — En fait, toutes les très petites rentes sont presque toujours rachetées par le patron ou la Compagnie d'assurances; comme nous l'avons dit, il semble que, contrairement à l'esprit de la loi, en accordant ces minimes indemnités, on a en vue de donner au blessé un dédommagement de son infirmité, plutôt que de remédier à son incapacité. Ce sera bien souvent l'idée du médecin expert. A titre de renseignement, nous indiquerons donc le capital de rachat de quelques rentes, correspondant à un salaire de 100 francs :

Incapacité évaluée à:	20/0	40/0	60/0	80/0	100/0
Age 20 ans. . . .	22.371	44.477	66.318	87.893	109.204
— 30 ans. . . .	20.701	40.729	61.284	81.165	100.774
— 40 ans. . . .	18.035	35.844	53.427	70.784	92.915
— 50 ans. . . .	14.705	29.244	43.620	57.833	71.882
— 60 ans. . . .	11.096	22.086	32.969	43.745	54.415

Exemple : Un ouvrier âgé de 30 ans gagnant 4 francs 50 par jour est atteint d'une incapacité de travail évaluée à 80/0.

En comptant trois cents jours de travail par an, le salaire annuel sera de 1.350 francs, et en nous reportant au tableau ci-dessus, le capital de rachat correspondant à cette évaluation sera de 81,165 × 13,50 = 1095 fr. 72 cs.

Le médecin expert poarra ainsi estimer approximativement la réparation effective dont bénéficiera le blessé.

CHAPITRE V

Évaluation des incapacités permanentes.

I. — *Maladies générales.*

Tuberculose pulmonaire, pleurale, péricardique, etc. — Syphilis. — Cancer. — Diabète. — Leucémie, lymphadénie.

II. — *Tête, rachis, centres nerveux.*

Pertes osseuses crâniennes. — Épilepsie. — Maladies mentales. — Amnésie. — Aphasie. — Agraphie. — Névrose traumatique. — Troubles cérébraux divers.

Maladies de la moelle épinière.

Lésions de la colonne vertébrale.

III. — *Yeux, oreilles.*

a) *Yeux.* Consolidation de la blessure. — Étude de la cicatrice. — Examen de l'œil sain. — Ophthalmie sympathique. — Incapacité permanente, absolue et partielle. — Troubles indirects de la vision : déviation des cils, adhérences conjonctivales, paralysies musculaires, paralysie faciale, luxation du cristallin, rétrécissement du champ visuel. — Troubles directs de la vision. — Appréciation de l'acuité visuelle. — Acuité physiologique et acuité professionnelle. — Limites de l'acuité visuelle professionnelle. — Schéma de Groenouw. — Cécité monolatérale. — Œil opéré de cataracte. — Refus d'opération en ophthalmologie. — Simulation.

b) *Oreilles.* Oreille externe. — Surdité unilatérale ou complète. — Vertiges. — Écoulement chronique.

IV. — *Thorax, abdomen, et viscères contenus.*

a) *Thorax.* Lésions de la cage thoracique. — Névralgies intercostales.

b) *Poumons et plèvres.* Pleurésies sèches ; adhérences pleurales.

c) *Affections cardiaques.* Péricardites, myocardites, endocardites.

d) *Hernies*. Facteurs d'aggravation ou d'atténuation. — Hernies inguinales, cicatricielles, crurales, ombilicales, épigastriques, diaphragmatiques, obturatrices, lombaires, ischiatiques. Cure radicale.

e) *Maladies du péritoine*. Péritonites chroniques.

f) *Maladies de l'estomac*. Sténoses du pylore. — Ulcère de l'estomac.

g) *Rate*. Splénite. — Splénectomie.

h) *Reins et organes génito-urinaires*. Néphrites. — Hydronéphroses. — Rein mobile. — Néphrectomie. — Ruptures de l'urèthre. — Incontinence d'urine et fistules urinaires. — Névralgie du cordon spermatique. — Perte des testicules. — Prolapsus de l'utérus.

V. — *Membre supérieur.*

a) *Épaule*. Mouvements normaux. — Ankylose. — Laxité articulaire. — Luxation récidivante. — Fractures de la clavicule. — Fractures de l'omoplate.

b) *Bras*. Fractures de l'humérus et pseudarthrose. — Perte totale du bras.

c) *Coude et avant-bras*. Laxité et ankylose du coude. — Raccourcissement de l'avant-bras. — Déformations. — Amputation de l'avant-bras.

d) *Poignet, main*. Ankylose. — Perte totale et partielle de la main.

e) *Doigts*. Valeur professionnelle des doigts. — Lésions diverses. — Facteurs d'aggravation de la perte d'un doigt. — Perte totale ou partielle du pouce, de l'index, du médius, de l'annulaire, de l'auriculaire. — Combinaisons diverses dans la perte des doigts.

VI. — *Membre inférieur.*

Considérations générales. — Raccourcissements du membre inférieur. — Différences normales entre les deux membres. — Petits et grands raccourcissements.

a) *Bassin, hanche, cuisse*. Fractures du bassin. — Affections douloureuses de la hanche. — Ankyloses de la hanche. — Luxation de la hanche. — Fractures du fémur : consolidation vicieuse, pseudarthroses. — Perte totale du membre. — Perte des deux membres inférieurs. — Sciatique.

b) *Genou, jambe*. Entorse du genou. — Mobilité anormale du genou. — Ankylose du genou. — Luxation du genou. — Fracture de jambe. — Hernie du muscle jambier antérieur. — Perte totale de la jambe.

c) *Pied*. Mouvements principaux et mouvements accessoires. — Articulation du cou de pied : ankylose. — Perte totale ou

partielle du pied. — Lésions du tarse et du métatarse. — Fractures de l'astragale et du calcanéum. — Pied plat traumatique. — Fractures du métatarse. — Lésions des orteils.

581. — Nous avons vu l'impossibilité d'établir le degré d'incapacité d'une manière immuable. Nous avons montré combien de facteurs apportent leur influence dans l'évaluation de cette incapacité. Nous ne comptons donc pas ici fixer le chiffre correspondant à chaque état pathologique; nous nous bornerons à indiquer entre quelles limites assez vastes semble devoir se maintenir l'estimation du juge. Dans certains cas, il n'y aura pas de difficulté : quelle que soit la profession, l'incapacité est complète. Dans d'autres, au contraire, selon les circonstances, le chiffre d'incapacité pourra varier depuis l'incapacité absolue jusqu'à une fraction très minime.

Dans la rédaction de ce chapitre, nous nous sommes servis des tables usitées à l'étranger, des différents barèmes proposés par les auteurs, des jugements rendus par les différents tribunaux de France et d'Allemagne, enfin des conciliations intervenues entre patrons et ouvriers. M. Duchauffour (1) a publié les résultats observés dans une longue pratique de ces conciliations. Nous ferons une objection à ces estimations; elles se trouvent généralement un peu au-dessus de la réalité. Dans une instance en conciliation, en effet, le patron abandonne volontiers en plus de l'indemnité réellement représentative de la lésion la somme correspondant au montant des frais que lui occasionnerait un procès.

Il est bien entendu que, dans toutes les appréciations qui vont suivre, nous faisons absolument abstraction de la prédisposition qu'a pu présenter le blessé ou de l'influence que pouvait avoir son état antérieur : *la lésion est évaluée en elle-même.* De plus comme il est absolument impossible de prévoir toutes les infirmités, nous avons pris un certain nombre de cas types; il sera facile d'y rattacher les autres par comparaison.

---

(1) *Ann. hyg. et méd. lég.*, oct. 1902.

I

Maladies générales.

a) *Tuberculose.*

582. — Malgré que la tuberculose se cantonne parfois en un point bien localisé de l'organisme, le plus souvent sa réaction sur la santé est telle qu'on peut la considérer comme une maladie générale. Il en est surtout ainsi lorsque c'est le poumon, ou l'une des grandes séreuses qui est infectée.

1° *Tuberculose pulmonaire :*

583. — D'une façon générale on peut dire que la tuberculose pulmonaire entraîne l'incapacité absolue de travail. La première prescription que doit faire un médecin à un tuberculeux en évolution est, en effet, le repos absolu, et cela surtout lorsqu'il s'agit d'un ouvrier. On peut d'ailleurs dire qu'il n'y a pas consolidation à proprement parler et ajourner la fixation de l'indemnité définitive tant qu'il n'y a pas terminaison par la mort ou par la guérison. Il est certain qu'on a pu, en mettant au repos absolu un tuberculeux et en le soumettant à un régime approprié, obtenir sa guérison. Le traitement médical comprendra non seulement des médicaments mais encore la suralimentation et, si le médecin le juge nécessaire, le *séjour plus ou moins prolongé dans un sanatorium.* Les frais de ce traitement seront évidemment complètement à la charge du patron.

584. — *Si la guérison est obtenue*, peut-on admettre que la capacité de travail est recouvrée en totalité? Nous ne le croyons pas. Le sujet qui a été tuberculeux pulmonaire doit prendre des précautions qui sont incompatibles avec toutes les professions un peu rudes; il pourra être forcé de changer de métier pour en prendre un qui lui permette de se ménager. Si l'on a affaire à un homme exerçant une profession peu

fatigante, la capacité de travail pourra être considérée comme presque complète, avec quelques réserves cependant, car de légères indispositions, des bronchites, négligeables chez d'autres, doivent être traitées chez lui avec le plus grand soin.

Fixer un chiffre correspondant à l'invalidité partielle dans le cas de guérison nous paraît bien difficile, tant les circonstances peuvent faire varier l'appréciation du juge. 50 0/0 ne nous sembleraient pas exagérés dans le cas d'un ouvrier exerçant une profession manuelle, tandis que 25 ou 30 paraissent suffisants s'il s'agit d'une profession ne demandant que peu de fatigue, d'un surveillant, par exemple, d'un employé aux écritures. Nous avons par ailleurs, dans la deuxième partie, dit combien nous pensions que ces chiffres, donnés ici d'une façon absolue, doivent être réduits, eu égard à la pathogénie de l'affection.

585. — *S'il y a eu récidive après guérison*, à qui faire supporter la responsabilité de cette récidive? Si elle se fait rapidement il y a lieu de croire à une erreur de diagnostic sur la réalité de cette guérison et la question d'indemnité se pose dans les mêmes conditions que si le malade n'avait pas été déclaré guéri. Au contraire, un intervalle de dix-huit mois, deux ans, s'est-il écoulé sans aucune manifestation tuberculeuse, il est plus difficile de se prononcer. Si la manifestation qui a suivi l'accident a été légère, et, en fait, il en sera toujours ainsi dans les cas de guérison, on ne peut attribuer au traumatisme la responsabilité de cette nouvelle poussée; la contusion avait aggravé un foyer, un autre foyer s'est formé plus tard, rien de plus naturel, de plus conforme à ce que nous voyons chaque jour en clinique, dans les cas où l'on ne peut en rien incriminer les traumatismes. Il n'en sera pas de même si la tuberculose réveillée par le traumatisme a évolué d'une façon sévère. Ici encore, bien des éléments entreront en jeu dans l'appréciation du dommage subi : les causes de contagion auxquelles s'est exposé le sujet, l'hygiène défectueuse, etc.

On peut donc dire que l'examen des cas de tuberculose pulmonaire ayant suivi un traumatisme est un des problèmes les plus délicats posés au médecin et au juge.

2° *Tuberculose pleurale :*

586. — Nous nous sommes expliqués sur la guérison de la tuberculose pleurale ; nous croyons qu'elle peut se produire et rester durable. On ne peut donc discuter l'admission au bénéfice de l'indemnité afférente à l'incapacité permanente partielle, que pour les porteurs de pleurésies tuberculeuses non guéries. La question ne pourra même se poser que si l'évolution de la maladie est franchement terminée. L'ouvrier qui réclamera une indemnité se basera sur son état général et sur des troubles locaux. En ce qui concerne la dépréciation subie par son état général, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons dit touchant la tuberculose pulmonaire. Les troubles locaux accusés consisteront généralement en sensations de constriction, douleurs intercostales plus ou moins violentes, symptomatiques d'adhérences que dévoilera un examen complet, et s'accompagnant souvent d'atrophies musculaires thoraciques. L'incapacité de travail en résultant sera essentiellement variable selon la profession exercée par le demandeur. S'agit-il d'une profession manuelle, les douleurs réveillées par les efforts pourront souvent empêcher le travail, et l'indemnité à accorder pourra atteindre jusqu'à 60 0/0. Au contraire, si nous sommes en présence d'une profession n'exigeant pas d'efforts, il faudra que les névralgies présentent le double caractère de spontanéité et de grande violence pour donner droit à une indemnité. La question de simulation peut se poser, comme dans tous les symptômes purement subjectifs.

3° *Tuberculose péricardique :*

587. — Ou la tuberculose péricardique évolue rapidement vers la mort et la question d'incapacité permanente ne se pose pas, ou, au contraire, elle évolue chroniquement et il se

formera, entre les feuillets de la séreuse, des adhérences gênant plus ou moins le fonctionnement du cœur. Ces adhérences ne diffèrent pas, quant au tort causé, de celles qui se produisent dans les péricardites banales.

588. — Les mêmes observations peuvent s'appliquer à la *péritonite tuberculeuse.*

4° *Tuberculoses locales :*

589. — D'une façon générale, les tuberculoses locales : testiculaire, mammaire, osseuse, causent au malade, en tant qu'affection tuberculeuse, un préjudice beaucoup moins grand que celui que nous venons d'étudier. Il en est particulièrement ainsi lorsque le foyer tuberculeux aura été traité rapidement et aura guéri sans complications viscérales. Si, plus tard, dans le délai de trois ans, une autre manifestation bacillaire se montre, il ne paraît pas que le traumatisme puisse en être rendu responsable. Lorsqu'une contusion a pu provoquer l'apparition, ou plus exactement l'aggravation d'une tuberculose, il s'agit d'un organisme tellement prédisposé que les conditions favorables pour l'éclosion de nouveaux foyers tuberculeux se rencontreront toujours. Il restera donc seulement à apprécier, après la guérison, l'état fonctionnel dans lequel seront restés les organes touchés : testicules, articulations etc.

b) *Syphilis.*

590. — La syphilis des verriers a été étudiée dans la première partie. C'est la seule qui entraîne une incapacité professionnelle, quelle que soit sa gravité. Dans la très grande majorité des cas, la syphilis ne cause pas même un jour de chômage. Mais elle constitue une menace perpétuelle pour celui qui en est atteint et elle demande des soins médicaux, pendant une période de plusieurs années. De plus, la plupart du temps, les accidents graves et, en particulier, la

syphilis des centres nerveux, ne se produiront que plusieurs années après l'expiration du délai de révision.

Le législateur n'a aucunement prévu ces faits. « Pour régler équitablement de telles situations, dit Boyer, la transaction doit intervenir et couvrir le risque résultant de cette menace continuelle de complication. » Mais cette solution n'est pas dans la loi ; d'ailleurs, sur quelles bases établir la transaction. D'après Fournier, 95 fois sur cent la syphilis traitée reste bénigne. Mais dans les cinq derniers cas, sa gravité pourra être terrible, et cette gravité ne se déclarera que dix, quinze ans après le chancre initial, quelquefois plus tard. Si donc, on considère le nombre de chances qu'a un individu de voir sa syphilis évoluer sans troubles graves, on ne lui accordera qu'une indemnité très minime : 5 0/0 de son salaire seront encore trop. Si les accidents tertiaires ne se manifestent pas, il aura trop perçu ; si quatre ou cinq ans après, comme le fait peut se produire, il est frappé de cécité bilatérale, ou d'hémiplégie, la compensation forfaitaire accordée est ridicule.

Il n'y aurait donc qu'une seule solution et *elle est aussi contraire au texte qu'à l'esprit de la loi*, ce serait de tenir indéfiniment en suspens le règlement définitif, en ne considérant pas la consolidation comme acquise.

c) *Cancer.*

591. — Quelle que soit la localisation du cancer, si l'on admet la relation causale entre le trauma et son apparition, on doit attribuer au malade l'indemnité correspondant à l'incapacité absolue. Si l'ouvrier semble susceptible de reprendre son travail il n'en est pas moins vrai que son organisme est profondément atteint, que d'un instant à l'autre il peut être forcé de s'arrêter. D'ailleurs il est bien rare que la tumeur cancéreuse ne s'accompagne pas d'une perte de forces rapide, d'une déchéance profonde interdisant toute occupation intellectuelle ou physique.

Nous ferions pourtant une exception en ce qui concerne

les *cancroïdes de la peau* qui, une fois opérés, surtout si l'intervention est précoce, ne laissent derrière eux aucun trouble grave de la santé et n'ont souvent pas de tendance à récidiver. Ils ne paraissent pas devoir donner droit à une indemnité.

592. — *Si le néoplasme a été enlevé par une opération chirurgicale*, la guérison temporaire est possible et l'ouvrier pourra parfois reprendre son travail. Mais on sait combien les récidives sont fréquentes au siège même de l'opération ou à distance. Ces récidives peuvent se produire plusieurs années plus tard. Si l'on a admis que la première manifestation cancéreuse était sous la dépendance du traumatisme, on doit logiquement faire de même en ce qui regarde la récidive. Mais cette rechute pourra avoir lieu dans les délais ne permettant pas une action de l'ouvrier contre son patron.

d) *Diabète*.

593. — Le *diabète insipide* peut entraîner une telle dénutrition, un tel trouble de la santé générale que l'incapacité de travail devra être considérée comme absolue. Ces cas sont rares. Mais nous avons vu que la plupart du temps, cette forme devait être rattachée aux névroses. C'est dire qu'il y aura intérêt à régler le plus vite possible l'indemnité à accorder au sujet, pour lui enlever tout sujet de préoccupation.

Le *diabète sucré* présente les mêmes difficultés que la syphilis. Après une très longue période de tolérance, pendant laquelle la capacité de travail n'est pas touchée ou touchée d'une façon insignifiante, on peut voir des accidents graves se déclarer : coma, tuberculose pulmonaire, gangrène, etc. La loi de 1899 ne prévoit pas la réparation du tort ainsi causé. L'indemnité qu'il serait logique d'accorder peut varier d'une année à l'autre, selon les troubles locaux ou généraux.

e) *Leucémie, lymphadénie.*

594. — La diminution des forces est si rapide dans ces affections, sans aucun espoir d'amélioration, qu'on doit les

considérer comme une autre cause d'incapacité absolue, alors même qu'au moment où l'affaire vient devant les tribunaux, les malades sont susceptibles encore d'un certain travail.

II

Tête, rachis, centres nerveux.

595. — Les *fractures du crâne* guérissent souvent sans laisser de traces; lorsqu'il y a une *solution de continuité des os du crâne*, soit à la suite d'une fracture, soit par suite d'une *trépanation*, l'ouvrier est tenu à certaines précautions dans le travail ; en particulier, il ne lui est pas permis de porter sur la tête de lourds fardeaux. En Autriche, lorsqu'aucun trouble ne vient compliquer ces lésions de la boîte crânienne on estime l'incapacité de travail à 10 0/0; ce qui est un chiffre raisonnable, puisque la blessure n'a d'autres conséquences, que de limiter le nombre de travaux auxquels peut se livrer l'ouvrier. Dans certaines professions : ouvrier d'art, par exemple, le dommage causé serait même nul.

Ce qui rend graves les blessures du crâne c'est qu'elles intéressent presque toujours les centres nerveux. Nous avons passé en revue dans la deuxième partie les affections qui se montrent le plus souvent, soit d'une façon précoce, soit tardivement après ces traumatismes. Pour les unes : abcès cérébraux, hémorrhagies, etc., la question d'incapacité ne se pose pas puisque la terminaison est ou la mort ou la guérison complète. D'autres, au contraire, méritent d'être discutées, comme cause d'incapacité permanente.

596. — L'*épilepsie* n'exclut pas complètement les ouvriers du marché du travail; il n'en est ainsi que lorsque les crises convulsives se répètent chaque jour. Dans ce cas, il y a lieu de considérer l'incapacité comme absolue. Si les attaques ne se montrent que de loin en loin ; si elles sont espacées de

deux ou trois semaines par exemple, elles n'empêchent que le travail effectué dans certaines conditions dangereuses.

Becker propose dans ces cas le chiffre de 50 0/0; si les accès sont très rares ce chiffre pourra être encore abaissé, ramené à 30, à 25 0/0 même selon la profession et la fréquence des accès.

597. — Les *maladies mentales* peuvent exiger l'internement dans un asile et alors l'incapacité est absolue. Mais on peut observer tous les degrés dans le trouble mental et, dans quelques cas, tous les travaux ne sont pas interdits au malade. Cependant, alors même qu'il continuerait son métier, il reste un certain degré d'incapacité. Il en sera ainsi surtout dans les formes les plus communément observées où les idées sombres, l'irritabilité du caractère rendent difficile la recherche du travail; 50 0/0 paraissent le minimum que puisse atteindre l'évaluation d'incapacité. Dans certains cas cependant, nous voyons les tribunaux autrichiens descendre à 40 0/0.

598. — L'*amnésie* a des conséquences bien différentes selon la profession; nous savons d'ailleurs qu'elle est presque toujours temporaire. Mais, même définitive, elle devra être appréciée différemment chez un maçon par exemple ou chez un directeur d'usine; à celui-ci le plus léger degré d'amnésie peut causer le tort le plus grave, tandis que chez celui-là le préjudice ne sera véritablement sérieux que si l'amnésie s'étend aux actes professionnels proprement dits.

599. — L'*aphasie*, l'*agraphie* prêtent aux mêmes réflexions. Si jamais l'incapacité résultant de ces troubles cérébraux ne peut être évaluée à zéro, elle pourra varier depuis un chiffre minimum de 15 à 20 0/0 par exemple, jusqu'à l'incapacité absolue, selon l'occupation et selon le degré de l'aphasie. Nous relevons sur le tarif autrichien les chiffres de 25 à 40 0/0 pour l'aphasie isolée, de 45 à 50 0/0 pour l'aphasie

s'accompagnant d'agraphie. Ces chiffres ne nous paraissent répondre qu'à une évaluation moyenne.

600. — Les *névroses traumatiques* sont tellement diverses qu'il est impossible de donner une évaluation quelconque du tort causé par elles. Tout dépendra de l'étendue des symptômes et de la profession. Souvent, dans ce que nous avons désigné sous le nom de *névrose traumatique vraie*, l'incapacité est absolue.

601. — A côté des névroses traumatiques, on peut ranger un certain nombre de symptômes observés souvent *à la suite de commotion cérébrale* : vertiges plus ou moins fréquents, céphalées persistantes, névralgies tenaces. Ici encore toute évaluation serait vaine. Comme exemples, nous trouvons les chiffres suivants :

Blessures du crâne suivies de vertiges et céphalalgie (Golebiewski) : 30 à 35 0/0 ;

Maux de tête, étourdissements, incapacité de se courber (jurisprudence autrichienne) : 30 0/0 ;

Maux de tête, étourdissements, faiblesse générale (jurisprudence autrichienne) : 50 0/0 ;

Dépression morale, instabilité, céphalalgie (jurisprudence autrichienne) : 20 0/0 ;

Faiblesse générale, défaut d'assurance dans la marche, affaiblissement des forces intellectuelles par fracture du crâne douloureuse (jurisprudence allemande) : 40 à 60 0/0 ;

Cicatrice adhérente à l'os, solution de continuité de l'os frontal, occasionnant des névralgies violentes aux changements de temps (jurisprudence allemande) : 30 0/0.

602. — Toutes les maladies chroniques de la moelle que nous avons étudiées : *tabes, syringomyélie, atrophie musculaire progressive, sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques, paralysie agitante*, doivent être considérées comme frappant d'incapacité absolue l'individu qui en est atteint. Évidemment, on rencontre de temps à autre quelques tra-

vailleurs atteints de ces affections, qui continuent leur profession au début de la maladie, mais leurs occupations sont tellement restreintes qu'on ne peut considérer ces ouvriers comme en état de subvenir à leur subsistance.

603. — Les *lésions de la colonne vertébrale* : entorses, luxations, fractures ont une gravité très variable selon la région du rachis qui est en cause. Tandis que l'intégrité de tous les mouvements est nécessaire à la région lombaire et à la partie cervicale, elle paraît beaucoup moins utile dans la partie dorsale. L'exercice des professions de force est très gêné par une limitation des mouvements de la colonne vertébrale, tandis que dans les métiers moins actifs, une légère *cyphose*, une *scoliose* peu accentuée ne sont que peu gênantes. Il est d'ailleurs bien intéressant de remarquer que certaines professions entraînent par elles-mêmes des déformations souvent très accentuées du rachis. Ce n'est donc pas tant la déformation elle-même que la limitation dans les mouvements dont devra tenir compte le médecin expert. Dans ces conditions on ne peut que se ranger à l'avis de Golebiewski qui croit que tous les degrés d'incapacité peuvent être représentés depuis zéro jusqu'à 100 0/0. Dans les *fractures* et les *luxations*, un facteur d'aggravation fréquent est la persistance de névralgies par compression des nerfs rachidiens. Quant aux *compressions de la moelle*, elles donnent, par les paralysies qu'elles causent, un caractère tellement particulier aux traumatismes de la colonne vertébrale, que la lésion osseuse passe au second plan dans l'évaluation du dommage causé.

III

Yeux, Oreilles.

a) *Yeux* (1).

604. — Le médecin commis par le juge de paix, afin d'éclairer l'enquête, est souvent appelé quelques jours seulement après l'accident, alors même que la blessure a été déclarée grave par le confrère qui a donné les soins. Dans ce cas, son rôle se borne à qualifier le pronostic et à estimer approximativement la durée du traitement; il lui est impossible d'estimer les conséquences d'une blessure qui n'est pas consolidée.

Il en est autrement quand le blessé est considéré comme guéri. Le médecin traitant ou le médecin expert commis par le Tribunal ou la Cour doit alors :

1° Relater brièvement les circonstances de l'accident;

2° Faire connaître, s'il lui est possible, l'état antérieur de l'œil;

3° Décrire l'état des annexes (paupière, conjonctives, voies lacrymales), l'aspect extérieur de l'œil (mobilité, sensibilité, rougeur), passer en revue les différentes parties constituantes du globe (sclérotique, cornée, chambre antérieure, iris, pupille, cristallin, milieux et membranes profondes, nerf optique);

4° Donner l'état de la vision;

5° Estimer les conséquences de la blessure au point de vue professionnel.

Un examen minutieux et méthodique qui nécessite des connaissances ophtalmologiques sérieuses peut seul permettre de répondre aux questions qui sont posées : la gué-

(1) Cette partie est due entièrement à M. le Dr Aubineau, de Brest.

rison est-elle définitive? Quelle est la diminution d'aptitude du travail subie par l'ouvrier du fait de son traumatisme?

605. — Des renseignements subjectifs et objectifs peuvent aider le médecin et le guider dans les réserves qu'il peut faire au sujet de la *consolidation de la blessure*. L'absence de sensibilité à la lumière et à la pression, l'absence de douleurs spontanées oculaires, orbitaires ou périorbitaires, une vision en rapport avec des lésions constatées sont autant de signes subjectifs, qui peuvent faire croire à la guérison.

Objectivement l'œil manifeste ou ne manifeste pas de traces de souffrance. Dans ce dernier cas, il ne s'en suit pas toujours que la blessure soit consolidée. La constatation de quelques opacités cristalliniennes peut faire croire avec raison à l'évolution lente d'une cataracte traumatique.

On doit se souvenir que certaines blessures dites irritatives peuvent, après des périodes de calme, déterminer des poussées aiguës et sont une menace perpétuelle pour l'œil.

606. — L'étude de la cicatrice est très importante. Si l'iris est enclavé dans la cicatrice, il convient de le noter; la cicatrice peut être distendue (staphylome) et avoisiner la région ciliaire : il y a alors lieu de faire des réserves pour l'avenir de l'œil blessé et pour l'avenir de l'œil sain. Il en est de même lorsqu'on est en droit de soupçonner la présence d'un corps étranger intraoculaire. L'éclosion de phénomènes sympathiques peut être tardive et le délai de trois ans que la loi accorde pour la révision n'est pas toujours suffisant en ce qui concerne l'apparition de l'ophthalmie sympathique.

607. — L'œil blessé a pu subir une ou plusieurs interventions chirurgicales. Si ces interventions ont été conservatrices (iridectomie; cataracte) on ne confondra pas la cicatrice opératoire, qu'il faudra décrire, avec la cicatrice qui résulte du traumatisme accidentel. Si l'œil a été partiellement enlevé (amputation du segment antérieur), on

reconnaîtra la présence d'un moignon plus ou moins volumineux ; si l'œil a été exentéré ou énucléé, on constatera une cicatrice conjonctivale opératoire.

608. — Quel que soit l'état de l'œil blessé, il est indispensable de faire un examen complet de l'œil sain. La question est généralement posée par le tribunal : « Quel est l'état de l'œil sain ? »

On ne peut apprécier exactement l'aptitude professionnelle de l'ouvrier au moment de la guérison, qu'en reconnaissant la valeur fonctionnelle de l'œil non blessé. En outre, l'ouvrier se plaint fréquemment, surtout quand l'œil traumatisé est perdu, de son œil sain et tend, de bonne ou de mauvaise foi, à attribuer à l'accident les troubles qu'il accuse de cet œil.

Il est possible que l'œil sain ait présenté ou présente des troubles ou lésions attribuables au traumatisme. Le médecin doit connaître comment se manifeste l'affection qu'on désigne sous le nom d'ophthalmie sympathique.

Ophthalmie sympathique.

609. — Les enclavements iriens, les plaies scléro cornéennes profondes, les plaies ciliaires, les corps étrangers intra-oculaires (le cristallin luxé peut jouer le rôle de corps étranger), sont susceptibles de provoquer l'ophthalmie sympathique. On a parfois attribué des accidents sympathiques au port d'un œil artificiel ; ces accidents ne sont alors qu'une conséquence indirecte de l'accident et n'intéressent pas la responsabilité du patron.

610. — Il n'y a rien de fixe dans *l'apparition des phénomènes sympathiques*. Ils apparaissent habituellement dans les cinq à sept semaines qui suivent la blessure mais ils peuvent survenir 10, 20 et même 30 ans après le traumatisme. L'œil sympathisant peut même avoir encore conservé une certaine valeur fonctionnelle, alors que, par son action

morbide, l'œil sympathisé sera devenu complètement aveugle (Truc et Valude).

L'ophthalmie sympathique se manifeste parfois sous la forme de troubles fonctionnels (névrose sympathique); larmoiement, blépharospasme, troubles d'accommodation, altération de la sensibilité rétinienne), (amblyopie, dyschromatopsie), névralgies. Ces troubles névrosiques peuvent être des prodromes ou persister tels quels pendant des années. L'affection peut produire plus ou moins brutalement des lésions d'iritis ou mieux d'irido choroïdite, tantôt séreuse, tantôt plastique avec ce caractère particulier que la pupille est plutôt dilatée que rétrécie. Dans les formes graves qui sont aussi les plus fréquentes, la pupille adhère intimement à la capsule du cristallin; le champ pupillaire s'obstrue, les milieux de l'œil sont inéclairables. Plus rarement on a noté de la chorio-rétinite, de la névrite optique, de l'atrophie pupillaire et du glaucome. (Dans sa statistique portant sur 720 plaies perforantes, Coppez, (1) de Bruxelles, compte 99 fois des accidents sympathiques qui, dans 49 cas, se sont manifestés sous forme d'irido-choroïdite maligne).

611. — L'énucléation de l'œil sympathisant n'est pas toujours curative de l'ophthalmie sympathique. Des exemples sont nombreux d'accidents sympathiques continuant à évoluer après l'énucléation. Mais l'énucléation de l'œil sympathisant est le plus sûr moyen prophylactique que nous connaissions. Peut on affirmer que l'ophthalmie sympathique sera écartée si l'on énuclée préventivement l'œil blessé? Le professeur Dianoux, de Nantes (2), qui s'est occupé récemment de cette question, conclut de la façon suivante :

« Il n'existe aucune observation authentique d'ophthalmie sympathique développée, après l'énucléation préventive, plus

(1) *Bull. soc. franc. ophth.*, 1890.
(2) *Gaz. méd. de Nantes,* 27 juin 1903.

tard que la septième semaine. Passé cette époque, l'opéré doit être considéré comme définitivement à l'abri de toute complication du côté de l'œil sain et, devant un tribunal, nous sommes autorisés, jusqu'à preuve du contraire et jusqu'à ce qu'un fait nouveau se soit produit, à affirmer qu'une iritis ou une irido-cyclite développée plusieurs mois ou années après une énucléation préventive dûment établie, n'est pas de nature sympathique et n'engage pas la responsabilité du patron. »

612. — Le médecin, après avoir soigneusement décrit l'état de l'appareil oculaire (œil blessé, œil sain), a conclu à la guérison en faisant des réserves s'il y a lieu sur les complications qui peuvent survenir; il lui reste à remplir la partie purement légale de sa tâche, c'est-à-dire à apprécier les *conséquences de l'accident.*

La loi française ne comprend comme conséquences de l'accident que ce qui altère la capacité professionnelle de l'ouvrier. Il s'en suit qu'une infirmité qui ne diminue pas la capacité de travail et par suite ne diminue pas le salaire ne donne droit à aucune indemnité. Nous pouvons citer à cet égard un fait personnel qui s'est présenté dans les conditions qui suivent :

« L'ouvrier R...., *est victime le 15 décembre 1900 d'un premier accident qui lui occasionne la perte fonctionnelle complète de l'œil gauche (plaie perforante par éclat de fer). De ce chef, il lui est alloué une rente viagère annuelle de 52 francs (L'ouvrier n'étant qu'apprenti, son salaire de base était calculé sur le pied de 1 franc par jour).*

Le 27 juin 1905, R... est victime d'un nouvel accident. Un morceau de fer rouge pénètre dans l'orbite gauche déterminant des brûlures et une plaie perforante de la sclérotique. Des complications infectieuses graves éclatent rapidement; l'ouvrier entre d'urgence à l'hôpital civil de Brest où nous l'opérons et constatons un phlegmon de l'orbite et une panophthalmie (Drainage très profond de l'orbite et exentération).

Les symptômes graves disparaissent de suite. Après cicatrisation, on s'aperçoit qu'une grande partie de la conjonctive a été détruite; il y a en outre une soudure partielle des paupières. Le

port d'un œil artificiel est impossible. La guérison fut admise à la date du 5 septembre 1903. »

Les deux parties vinrent en conciliation devant le Président du Tribunal civil de Brest.

Considérant que l'œil gauche de R... était antérieurement complètement perdu comme le prouve le certificat médical du premier accident et l'indemnité allouée à l'ouvrier, M. Spire, Président du Tribunal déclara que le fait de l'ablation de l'œil nécessitée par le second accident n'aggravait pas pour R... l'incapacité de travail et qu'en conséquence le patron n'était pas tenu à donner une indemnité à l'ouvrier.

(Procès-verbal de conciliation, 30 novembre 1903).

613. — Si la défiguration détermine du *larmoiement*, de l'*irritation*... etc., il y a en même temps gêne fonctionnelle qui est susceptible de réduire la capacité professionnelle et que le médecin appréciera suivant le cas.

614. — *L'incapacité permanente* existe toutes les fois que l'accident a entraîné une perte ou une diminution permanente de l'aptitude professionnelle de l'ouvrier. En ce qui nous concerne, *l'incapacité permanente absolue* est représentée par la perte des deux yeux : cécité complète ou diminution de vision dans chaque œil, telle qu'elle équivaut au point de vue professionnel à la cécité (*cécité professionnelle*). Les cas de cécité post-traumatique d'emblée complète sont rares, mais il arrive que chaque œil soit successivement le siège d'une lésion traumatique qui a causé sa perte. Nous envisagerons ce cas en parlant de la cécité monolatérale.

615. — L'*incapacité permanente partielle* est celle qui produit une diminution de l'aptitude professionnelle et ne permet pas à l'ouvrier de travailler dans les même conditions qu'avant l'accident. Dans les traumatismes oculaires, elle est provoquée soit par les affections qui entravent indirectement l'exercice de la vision, soit par des lésions qui diminuent directement l'acuité visuelle.

616. — Dans la première catégorie, rentrent les troubles de la vision, dus aux *lésions cicatricielles des paupières ou de*

la conjonctive, aux *paralysies musculaires traumatiques*, aux *lésions des voies lacrymales*, à la *luxation du cristallin*, aux *symptômes oculaires hystéro-traumatiques* (amblyopie, blépharospasme, rétrécissement du champ visuel); ces affections, que nous avons déjà exposées, sont susceptibles d'altérer plus ou moins le rendement du travail de l'ouvrier.

Les *déviations des cils* (ectropion, trichiasis) sont une cause perpétuelle d'irritation et d'ulcération de la cornée. L'*ectropion* et la destruction des bords ciliaires produisent du larmoiement et exposent l'œil à une inoculation septique puisqu'il est insuffisamment protégé.

Les *adhérences conjonctivales* en limitant dans un sens ou dans un autre le parcours de l'œil déterminent de la diplopie. Il en est de même des *paralysies des muscles moteurs de l'œil*: le strabisme paralytique est peu susceptible d'amélioration par une intervention. La diplopie est fort gênante, et équivaut parfois, au point de vue du rendement, à la perte de l'œil; elle oblige le patient à masquer son œil jusqu'au moment où, par un effet d'adaptation, il arrive à faire abstraction des fausses images (GORECKI).

La *paralysie faciale traumatique*, par le danger et la gêne qu'elle occasionne (impossibilité d'occlusion de l'œil, larmoiement), peut créer pour l'aptitude au travail un obstacle très important. Nous croyons intéressant d'en rapporter ici une observation personnelle qui se compliqua au début d'une paralysie transitoire de la VIe paire (1).

---

(1) Paralysie de la VIe paire et paralysie faciale d'origine traumatique (obs. résumée).

M..., reçoit, le 23 août 1899, sur le côté gauche de la tête, une cloison de briques, il perd connaissance et s'aperçoit quand il revient à lui qu'il voit double et qu'il ne peut plus fermer l'œil gauche.

Nous voyons le blessé fin septembre 1899 à notre clinique de l'hôpital et constatons tous les symptômes d'une paralysie périphérique du facial gauche et une paralysie de la VIe paire. La diplopie n'existe plus, elle a disparu 15 jours après l'accident, l'œil gauche ne présente aucune lésion, mais sa fonction s'est éteinte pour neutraliser la diplopie. Le rapport du confrère qui soignait le blessé

La *subluxation du cristallin*, sans produire directement une diminution de vision, est susceptible de provoquer une gène fonctionnelle très spéciale. GORECKI cite dans sa thèse (Obs. 11) le curieux exemple d'une luxation incomplète intermittente du cristallin qui produisait tantôt une myopie de 5^D avec vision rapprochée bonne, tantôt une hypermétropie de 8^D suivant les déplacements de la lentille.

Il arrive que le médecin ait à apprécier la diminution de valeur professionnelle qui résulte d'un *rétrécissement partiel du champ visuel.* Le rétrécissement dû à un décollement de la rétine est rarement stationnaire; la vision est ou très compromise ou altérée dans la portion conservée du champ visuel et la valeur professionnelle de l'œil est le plus souvent nulle. « L'importance des défectuosités du champ visuel est diversement appréciée par les auteurs allemands. Pour HANNSELL, l'hémianopsie nasale n'occasionnerait qu'une gène insignifiante tandis qu'il en serait tout différemment en cas de rétrécissement temporal. La capacité professionnelle serait diminuée de 20 0/0 par une perte de 40 0/0 du champ visuel et de 45 0/0 par une perte de 60 0/0 » (BAUDRY) (1).

Le rétrécissement du champ visuel étendu aux deux yeux altère gravement, quand il est tant soit peu prononcé, la

---

au nom du patron notait la paralysie faciale et la perte de vision de l'œil gauche.

En avril 1900, nous sommes commis comme expert par le Tribunal civil de Brest à l'effet d'examiner le blessé. Nous constatons le changement suivant : la paralysie faciale est accompagnée de contractures douloureuses, la paralysie de la VI[e] paire a complètement disparu, et la vision de l'œil gauche est revenue à $\frac{2}{3}$. Nous dûmes expliquer au Tribunal l'antagonisme apparent des rapports en ce qui concernait la vision de l'œil gauche.

Le Tribunal se basant sur la gène occasionnée par la paralysie faciale conclut à l'incapacité de travail « permanente et absolue ». (Jugement du 23 mai 1900).

(1) S. BAUDRY. *Étude médico-légale sur les traumatismes de l'œil et de ses annexes* (3[e] édition, Vigot éditeur).

valeur de l'ouvrier (difficulté d'éviter les obstacles, gêne dans la marche).

617. — Dans tous les cas qui précèdent, l'estimation exacte de l'incapacité permanente est difficile. L'expert n'a pas de base pour le guider et il est le seul juge de son appréciation. Il sera souvent contraint de faire des analogies et d'assimiler, pour mieux renseigner le tribunal, la diminution de rendement due à une gène fonctionnelle à celle qui peut être produite par une cécité monolatérale. De cette façon, il pourra se servir de chiffres et aura un pourcentage variable.

618. — Quand l'incapacité permanente résulte d'une *lésion qui diminue directement la force visuelle*, l'expert a alors une base d'appréciation qui est l'estimation du degré de vision de l'œil blessé.

Nous supposons que l'acuité visuelle est seulement diminuée et qu'il existe une vision chiffrable; le médecin aura recours, pour l'évaluer, aux échelles visuelles qui sont d'un usage courant. Suivant la ligne des lettres lue à une distance fixe (5 m.), on dira que l'œil a une acuité de 1/2, 1/3, 1/4, etc...

Si l'œil n'a pas de vision chiffrable, mais qu'il perçoive néanmoins la lumière il a seulement de la *vision quantitative* (perception lumineuse).

Si la perception lumineuse n'existe même pas, l'œil est totalement perdu au point de vue fonctionnel.

619. — Mais la question qui intéresse le médecin expert n'est pas de savoir si l'œil a oui ou non de la vision quantitative. La question qui l'intéresse est la suivante : *l'œil a-t-il une vision qui permette un travail professionnel*? C'est la *valeur professionnelle* et non la *valeur fonctionnelle* qu'il faut envisager, et l'on ne doit pas perdre de vue que le tribunal cherche à savoir « *quelle est la diminution d'aptitude professionnelle subie par l'ouvrier?* »

Nous avons dit que la base d'appréciation était évidemment la recherche de l'acuité visuelle. Cette acuité, telle que nous la déterminons avec nos échelles, nous donne-t-elle une idée exacte de la valeur physiologique de l'œil ? En outre, y a-t-il un rapport direct entre la valeur physiologique de l'œil et sa valeur professionnelle? ou, en d'autres termes, la valeur professionnelle de l'œil correspond-elle toujours à sa valeur physiologique ?

La notation actuelle de l'acuité visuelle est défectueuse et repose sur des erreurs de calcul (JAVAL). Il est faux de dire qu'une acuité de 2/3 soit le double d'une acuité de 1/3. Une acuité de 2/3 ne signifie pas que l'œil ait perdu 1/3 de son pouvoir visuel.

L'importante communication de M. SULZER à la Société d'ophthalmologie de Paris (8 janvier 1901) nous éclaire très justement sur les relations entre la valeur physiologique et la valeur fonctionnelle d'un œil. Nous lui emprunterons une grande partie des observations qui suivent.

« La capacité d'un individu à gagner sa vie dépend de l'acuité visuelle physiologique sans lui être directement proportionnée. » Dans la plupart des professions (ouvriers carriers, etc.) une diminution faible de l'acuité visuelle (1/2 par exemple) n'entraîne pas une diminution d'aptitude professionnelle. En revanche une acuité visuelle de $\frac{1}{10}$ ou $< \frac{1}{10}$ entraîne une diminution d'aptitude très grande et équivaut à la perte professionnelle de l'œil. Cette considération très logique a poussé nos confrères allemands à distinguer deux sortes d'acuités :

L'*acuité visuelle physiologique* V qui est celle que nous mesurons avec nos échelles visuelles ;

L'*acuité visuelle professionnelle* Vp qui est représentée par « le degré d'acuité visuelle physiologique nécessaire pour exercer un métier déterminé » L'acuité visuelle professionnelle doit remplacer l'acuité visuelle physiologique dans les appréciations médico-légales (SULZER) (1).

(1) Soc. opth., Paris, janvier 1901.

Personnellement nous avons introduit depuis deux ans le terme « d'*acuité professionnelle* » dans nos rapports d'expertise et avons basé nos conclusions sur le chiffre qui représentait pour nous cette acuité. Un rapport du Dr Villard (1), de Montpellier, conclut, dans un cas de brûlure légère des yeux par gaz enflammé, à une diminution légère de l'acuité visuelle scientifique (1/2) et à la conservation intégrale de l'acuité visuelle professionnelle. Cette conclusion a été approuvée par jugement du Tribunal civil de Montpellier en date du 28 mars 1903.

La distinction entre les deux acuités physiologique et professionnelle commence donc à être adoptée par la jurisprudence française; il ne peut en être autrement puisqu'elle est inspirée par une idée de justice et qu'elle répond à la réalité des faits.

620. — Quelles sont les limites de l'acuité visuelle professionnelle? Ces limites dépendent évidemment du métier qu'exerce l'assuré. *La limite supérieure* de l'acuité visuelle professionnelle d'un métier déterminé est l'acuité visuelle physiologique la plus petite qui permette de se livrer à toutes les occupations de ce métier (Magnus, Groenouw). *La limite inférieure* est l'acuité visuelle physiologique la plus grande qui ne permet plus aucune des occupations du métier. Ces limites qui varient avec chaque métier et dépendent aussi des qualités individuelles du sinistré sont malheureusement très difficiles à déterminer (Sulzer). Elles résultent de la relation qui existe entre les deux sortes d'acuité, relation qui doit être déterminée dans chaque cas individuel selon les circonstances particulières qu'il représente.

621. — Pour arriver à un but qui ne peut être du reste qu'approximatif, les auteurs allemands ont divisé la totalité des métiers en deux classes :

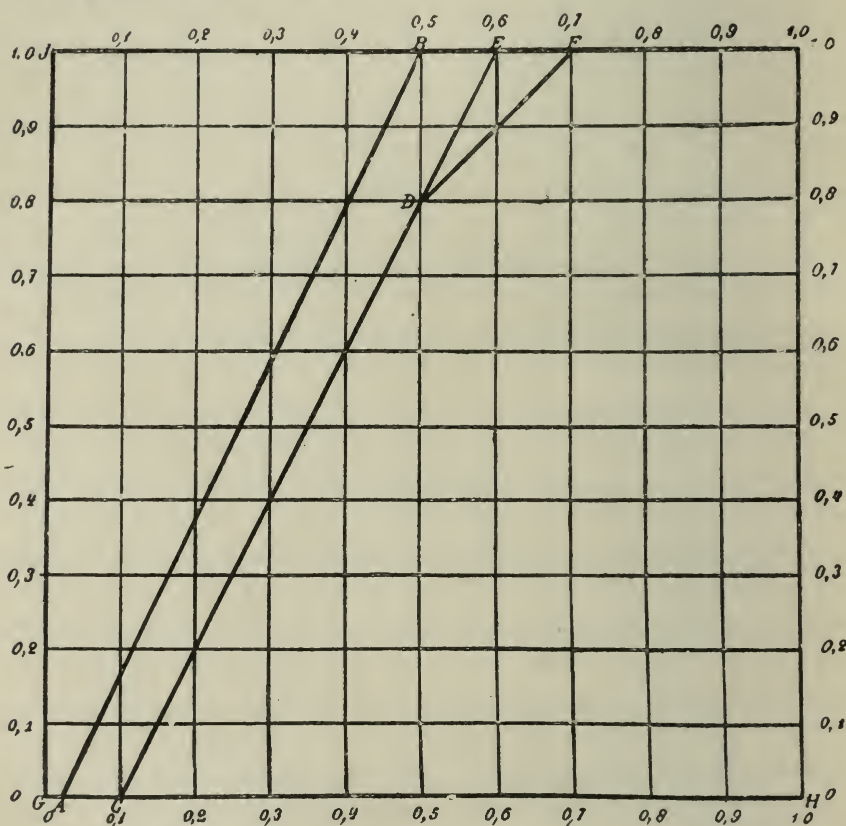
---

(1) *Rec. spéc. accid. trav.*, 1903.

1° *Ceux qui exigent une acuité visuelle supérieure.*

2° *Ceux qui exigent une acuité visuelle ordinaire.*

M. Groenouw a établi un barême dont nous reproduisons le graphique ci-contre.



622. — Ce graphique nous montre que tant que l'acuité physiologique ne tombe pas au-dessous de la moitié (0,50), l'acuité professionnelle reste entière pour la plupart des métiers.

L'acuité professionnelle est ensuite égale au double de l'acuité physiologique aussi longtemps que l'acuité physiologique n'est pas descendue au dessous de 0,15. Ce chiffre représente la limite inférieure de l'acuité visuelle professionnelle du plus grand nombre des métiers (Sulzer).

623. — *Cécité monolatérale*. — La cécité monolatérale résulte soit de la perte organique de l'œil (éviscération, énucléation), soit de la perte fonctionnelle de l'œil (V = 0) soit de la perte professionnelle de l'œil. (La vision a dépassé la limite inférieure de l'acuité professionnelle utile $V = \frac{1}{10}$ ou $< \frac{1}{10}$. Cécité professionnelle).

La perte d'un œil constitue toujours une incapacité permanente bien que dans certains cas, on ait prouvé qu'un ouvrier borgne ne subissait pas de réduction de salaire (Tribunal civil de Grenoble, 15 janvier 1900).

On a voulu établir des règles fixes pour évaluer la valeur professionnelle des borgnes. En tenant compte de l'infériorité du gain des borgnes et en y ajoutant la quote-part correspondant à la défiguration, les Allemands évaluent à 20 à 33 0/0 de l'acuité visuelle professionnelle la diminution de l'aptitude professionnelle subie par un ouvrier borgne. Le maximum est applicable aux métiers qui exigent la vision binoculaire (Sulzer). La jurisprudence française n'admettant pas le facteur défiguration, Sulzer propose d'évaluer à 25 0/0, c'est-à-dire à 1/4 la perte totale d'un œil, l'acuité visuelle du congénère étant normale.

L'estimation de la diminution de capacité de travail due à la cécité monolatérale est très variable suivant les auteurs. Knapp après avoir examiné 117 ouvriers qui ne possédaient qu'un œil conclut à 17 0/0; Magnus, qui fait porter ses observations sur 261 ouvriers borgnes, conclut à 14,44 0/0; Zehender estime que la cécité monolatérale représente le 1/3 de la cécité bilatérale (l'œil qui reste correspondant toujours aux 2/3 de la vision totale); Mooren envisage la cécité monolatérale comme équivalant à la moitié de la cécité totale. Toutes ces estimations n'ont qu'une valeur théorique; car en réalité on évalue individuellement pour chaque cas le dommage causé par la perte d'un œil (Truc et Valude).

624. — Il y a lieu de tenir compte dans l'incapacité professionnelle des borgnes non seulement de la perte de vision

monoculaire, mais aussi des troubles fonctionnels qui accompagnent la disparition de la vision binoculaire. Les borgnes apprécient mal les distances et les directions *(fausse projection)* et sont par ce fait bien plus exposés à de nouveaux traumatismes. C'est par une substitution, une rééducation, l'emploi de subterfuges physiologiques que l'ouvrier arrive à masquer son infirmité (GORECKI).

On doit s'efforcer de connaître les aptitudes spéciales qu'exige la profession de l'assuré et se souvenir que certaines professions nécessitent la vision binoculaire.

625. — Dans ce qui précède, nous avons supposé que l'œil non blessé avait une valeur professionnelle intacte. Il n'en est pas toujours ainsi et l'œil non traumatisé peut avoir une acuité visuelle professionnelle diminuée ou même abolie (par une affection congénitale ou acquise, par un vice de réfraction, par un premier accident). Le médecin n'a pas à qualifier la part de responsabilité patronale, ce qui regarde le tribunal ou la Cour; son rôle consiste à apprécier la valeur professionnelle de l'ouvrier après l'accident, au moment de la guérison, et il n'est pas douteux qu'il doive tenir compte de l'état de l'œil sain dans l'appréciation de la capacité professionnelle de l'ouvrier borgne (1).

Si l'ouvrier était déjà borgne avant l'accident ou si l'acuité visuelle professionnelle n'était pas appréciable dans

(1) D..., ouvrier chaudronnier, reçoit dans l'œil gauche un éclat de fer qui détermine une plaie perforante (cataracte traumatique, irido-choroïdite).

Nommé comme expert par le Tribunal (août 1903) nous constatons 1° que l'œil gauche est totalement perdu; 2° que l'œil sain présente de l'astigmatisme et des opacités probablement congénitales du cristallin; la vision de cet œil après correction de l'astigmatisme n'est que de 1/2.

Nous concluons à une réduction de valeur professionnelle de 50 0/0.

Le Tribunal se basant sur la perte de l'œil blessé et sur la vision restreinte de l'œil sain admet que l'accident a pour effet d'empêcher D... de continuer sa profession de chaudronnier et élève à 60 0/0 la réduction d'aptitude professionnelle (Jugement du 30 décembre 1903, Tribunal civil de Brest).

l'œil non blessé ou antérieurement blessé, le médecin se voit obligé de conclure à l'incapacité permanente et absolue. En pareil cas, les avis des tribunaux sont partagés. Certains jugements (Montpellier, 22 mars 1901; Lyon, 27 mars 1901; Caen, 25 juin 1901) ne voient là qu'une incapacité permanente partielle. D'autres, au contraire, considèrent le dernier accident comme entraînant la perte des deux yeux (Tribunal civil de la Seine, 27 juin 1900, 25 octobre 1902; Cour de Rouen, 22 mars 1901; Cour de Rennes, 5 novembre 1901).

Un jugement de la Cour de Besançon (2 juillet 1902) conclut :

Est permanente et absolue l'incapacité d'un ouvrier qui, à la suite d'un accident, a dû subir l'énucléation d'un œil et qui a sur l'autre œil une taie de la cornée lui permettant à peine de compter les doigts à 50 centimètres.

Le médecin devra donc, après une enquête consciencieuse, apprécier selon les circonstances, selon les individus et les différents genres de profession, selon l'état de l'œil sain. Il envisagera le préjudice moral, le discrédit dans lequel tombe l'ouvrier vis-à-vis de celui qui l'emploie, l'obligation pour l'ouvrier de quitter son métier (Compagnies de chemins de fer), la difficulté qu'aura le blessé de trouver une autre carrière, par suite des aptitudes spéciales nécessitées par sa première profession ou par suite de son âge. Il est une foule de considérations que l'expert ne peut pas toujours exposer dans son rapport mais auxquelles il doit songer pour conclure selon l'esprit de la loi et selon l'équité.....

En terminant ce chapitre, il nous reste à parler de l'état spécial du blessé qui est opéré de cataracte et des conséquences que peut avoir pour le blessé le refus d'une opération.

626. — *Valeur professionnelle de l'œil opéré de la cataracte.* — Un œil blessé porteur d'une cataracte traumatique a une acuité visuelle professionnelle nulle. Nous supposons que cette cataracte ne soit pas compliquée et soit suscep-

tible de résorption spontanée ou d'extraction. Quelle est la valeur professionnelle de l'œil aphake?

Il est rare que la force visuelle soit restituée complètement en pareil cas, mais on arrive assez souvent à donner à l'œil une acuité de 1/3, 1/2, avec un fort verre convexe (combiné à un verre cylindrique). A moins que l'œil congénère ne soit perdu ou ne soit plus mauvais que l'œil opéré, l'ouvrier ne bénéficie de la disparition de sa cataracte que par l'étendue plus grande de son champ visuel. Pratiquement la vision binoculaire ne peut avoir lieu en raison de la grandeur très différente des images; en outre, le verre correcteur de l'aphakie ne peut servir à la fois pour la vision de loin et la vision de près. On ne peut donc pas se baser sur l'acuité après correction d'un œil opéré de cataracte pour apprécier l'incapacité permanente partielle. L'expert doit noter dans son rapport que la cataracte s'est résorbée ou a été opérée avec succès, que l'œil a une vision de x avec un verre de + n^D. Mais il doit ajouter que l'ouvrier ne peut porter son verre correcteur pendant le travail et doit tenir compte aussi des opacités secondaires (cataracte secondaire) susceptibles de se produire. S'en suit il que nous devons considérer un œil aphake comme un œil perdu pour le travail? C'est l'avis qu'émet M. Gorecki dans sa thèse; nous ne partageons pas cette opinion. L'œil opéré de cataracte n'est pas une cause de gêne pour l'autre œil; il n'est pas non plus inutile puisqu'il sert à augmenter l'étendue du champ visuel binoculaire et par là même à prévenir un obstacle survenant de son côté; il peut devenir très utile, si l'autre œil vient pour une raison ou pour une autre à perdre la vision.

Pour juger le plus équitablement possible nous avons recours, en pareil cas, à une appréciation, arbitraire, il est vrai. Nous prévenons le tribunal que l'œil a une vision de 1/4 par exemple avec un verre correcteur approprié, mais nous proposons, en raison des motifs que nous avons exposés de baser l'incapacité permanente partielle sur un chiffre de 1/8. En somme, nous divisons par 2 l'acuité que nous donnons à l'œil opéré avec correction. Il va sans dire que si

notre calcul nous donne un chiffre égal ou inférieur à 1/10, nous considérons comme nulle la valeur professionnelle de l'œil aphake.

D'après HAAB et PFLUGER, la perte du cristallin d'un œil donne lieu à une invalidité de 18 à 20 0/0, selon le métier de la victime.

627. — *Refus d'une opération.* — La question des conséquences du refus d'une opération s'est déjà posée plusieurs fois, nous avons déjà eu à l'examiner dans la deuxième partie. Elle présente un intérêt particulier en ce qui regarde les traumatismes oculaires. Des jugements relativement nombreux cités dans le travail de M. le Professeur BAUDRY ont rendu l'ouvrier responsable de son refus d'opération (Dieppe, 16 avril 1902; Cour de Rennes, 10 décembre 1901; Cour d'appel d'Amiens, 19 février 1902; Besançon, 17 novembre 1901; Draguignan, 18 juin 1901; Lille, 20 mars 1902). D'autre part, ajoute M. BAUDRY, les Cours d'Aix, (21 décembre 1901), de Rennes (10 décembre 1901) affirment le droit pour l'ouvrier de se refuser à une opération même bénigne, mais en même temps celui du patron de ne pas souffrir de ce refus à condition de prouver que la non guérison n'est pas la conséquence de l'accident, mais de cause imputable au fait ou à la fraude de l'ouvrier.

Le Tribunal civil de Lyon a jugé en 1901, le cas d'un ouvrier paveur qui avait refusé une opération dans les circonstances suivantes : l'œil droit avait été blessé par un éclat de pierre; de ce fait, il y eut incapacité permanente partielle et l'incapacité du travail fut estimée à 20 0/0; mais les experts ajoutèrent qu'ils considéraient comme indispensable l'iridectomie et qu'en pratiquant cette opération simple, l'incapacité du travail ne serait plus que de 10 0/0. Voici les conclusions du jugement (2 août 1901):

« Attendu qu'il n'appartient pas à l'ouvrier, en se faisant juge du traitement à suivre et en refusant de se soumettre aux moyens de guérison prescrits par la science, d'aggraver volontairement le dommage résultant de l'accident;

Qu'il est permis de dire en se fondant sur le rapport médical que C... est maître de réduire à 10 0/0 son incapacité ;

Qu'il y a donc lieu de fixer à ce chiffre le degré d'incapacité réellement subi par le fait de l'accident ;

Que d'ailleurs, si C..., ayant subi l'opération, les prévisions des médecins ne se trouvent pas réalisées, l'ouvrier aurait toujours la faculté de demander la révision...

Par ces motifs, le Tribunal estime l'incapacité à 10 0/0. »

Il s'agissait donc d'une opération bénigne que les experts, d'un commun accord, jugeaient indispensable et grâce à laquelle ils assuraient une réduction de moitié de l'incapacité de travail. Ce sont ces multiples raisons qui ont inspiré les conclusions du tribunal.

628. — Les cas sont loin de se présenter tous de cette façon, et il convient de distinguer entre une *opération urgente* et une *opération non urgente* en faisant ressortir le caractère de bénignité qui peut se rattacher à chaque cas particulier.

629. — *Opération urgente.* — Un ouvrier reçoit un corps étranger qui pénètre dans le corps vitré. De ce fait l'œil blessé est perdu. L'énucléation s'impose, l'ouvrier la refuse. Quelques mois après apparaissent les phénomènes sympathiques sur l'œil sain ; l'ophthalmie sympathique entraîne une cécité absolue. Gorecki cite un fait analogue à l'exemple que nous donnons (Obs. 10 de sa thèse). On peut alors considérer la cécité absolue comme résultant d'un refus de l'énucléation et l'ouvrier doit évidemment supporter une partie des conséquences de l'accident. Le refus de l'ouvrier en pareil cas n'est excusable que si l'intervention est grave et doit faire courir un danger de mort (Baudry). (C. de Bordeaux ; 10 mars 1901 ; C. de Besançon ; 27 novembre 1901).

630. — *Opération non urgente.* — Les conséquences qui résultent pour l'ouvrier du refus d'une opération non urgente sont beaucoup plus difficiles à apprécier. Il s'agit alors d'une opération (cataracte traumatique, iridectomie) qui a pour but d'améliorer la vision de l'œil blessé.

L'œil a une blessure directe ou indirecte (contusion) du cristallin qui a déterminé une cataracte. L'ouvrier se refuse à l'opération. Il est particulièrement difficile de restreindre l'appréciaton de l'incapacité de travail en faisant la part de responsabilité qui incombe à l'assuré.

L'*opération de cataracte traumatique* n'est pas une opération bénigne (bénigne doit s'entendre ici en tant que résultat opératoire) ; des lésions concomitantes du fond de l'œil, des adhérences de l'iris (iritis ou irido-choroïdite ancienne), une cataracte secondaire, l infection post opératoire possible peuvent compromettre le résultat opératoire et le médecin ne peut assurer que le blessé aurait bénéficié de l'opération dont le résultat est d'ailleurs toujours relatif puisque le verre correcteur ne peut être porté pendant le travail si l'autre œil est sain.

L'œil a une cicatrice centrale de la cornée; l'*opération d'iridectomie* est proposée et refusée par l'assuré. Il ne s'agit pas d'une intervention indispensable mais d'une intervention susceptible d'augmenter légèrement la vision. Pour que le tribunal puisse diminuer l'indemnité par suite du refus de l'opération, il faut que les médecins puissent le renseigner sur la vision probable après l'opération. Le fait s'est présenté, comme nous l'avons vu, devant le Tribunal de Lyon; c'est là un fait que nous croyons exceptionnel. On ne trouvera pas fréquemment des médecins qui affirmeront qu'une opération d'iridectomie pourra réduire de moitié une incapacité de travail. Plus on acquiert de pratique ophthalmologique et plus on s'aperçoit que la pupille artificielle pratiquée pour une cicatrice centrale de la cornée ne donne qu'un résultat optique, souvent insignifiant, toujours incapable de rendre à l'œil une acuité professionnelle utile s'il n'en avait plus.

Dans tous les cas, l'ouvrier doit bénéficier de la divergence d'opinions qui peut exister entre les médecins au sujet de la nécessité et de l'opportunité de l'intervention qu'on lui propose.

Simulation.

631. — Les difficultés que nous allons envisager peuvent encore venir contrarier la tâche du médecin.

Le blessé peut être illettré, ce qui n'est pas rare dans certaines régions et dans certaines professions. Il est alors nécessaire pour mesurer l'acuité, quand elle est chiffrable, d'avoir recours à des signes conventionnels, cercles ou carrés noirs, incomplets, ouverts tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, qui correspondent comme grandeur et signification aux optotypes représentés par des lettres. L'intelligence de l'assuré complique quelquefois, surtout en pareils cas, l'examen de l'expert.

Le médecin rencontrera fréquemment la mauvaise foi. La simulation a considérablement augmentée depuis l'application de la loi sur les accidents du travail. Des statistiques ont montré qu'en Allemagne, il y a environ 16 0/0 de simulateurs parmi les ouvriers; en Suisse la proportion du chômage abusif est de 30 à 40 0/0 depuis la loi du 5 octobre 1899. (Baudry).

La proportion des simulateurs est particulièrement élevée dans les accidents oculaires; ce qui tient d'une part à l'importance toujours grande d'une lésion oculaire, d'autre part aux différentes formes que peut présenter la simulation (amblyopie simulée), diminution de vision exagérée ou simulée, troubles fonctionnels divers susceptibles d'être répartis sur l'œil blessé et sur l'œil sain (1).

632. — Avant de songer à la simulation, il est indispensable que le médecin fasse un examen minutieux de l'appareil

---

(1) Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, nous avons surtout trouvé la simulation chez les ouvriers inintelligents et illettrés. La mauvaise foi est presque constante chez les carriers, tailleurs ou casseurs de pierre qui ont quitté plus ou moins tardivement les travaux des champs pour travailler la pierre et qui dans notre région ne parlent que la langue bretonne.

oculaire (œil et annexes), ce qui nécessite des connaissances ophthalmologiques très étendues. L'expert doit d'abord rechercher s'il y a une altération de la vision, soit par lésions, soit par troubles fonctionnels, il doit se demander ensuite quelle est la part qui revient au traumatisme dans les altérations qu'il a constatées.

La simulation des traumatismes antéro-externes de l'œil, en tant que maladies provoquées, est exceptionnelle chez les ouvriers assurés contre les accidents. Le professeur Baudry en cite, il est vrai, deux cas, mais il s'agissait d'ouvriers qui faisaient en outre partie d'une société de secours mutuels ce qui rendait leur indemnité quotidienne supérieure au prix de leur journée de travail.

633. — Il arrive, au contraire, fréquemment, qu'un assuré porteur d'affection oculaire aiguë, ancienne ou chronique, (kératites, conjonctivites, iritis ou irido-choroïdites) attribue (quelquefois sincèrement) ou essaie d'attribuer à un accident de travail les phénomènes oculaires qu'il présente.

Une *conjonctivite chronique* peut être due à la profession mais ne constitue pas un accident de travail. En présence d'une conjonctivite aiguë, l'embarras est plus grand. Un corps étranger, en créant une plaie ou une brûlure à la muqueuse conjonctivale, détermine parfois une irritation qui se manifeste par de la rougeur ou de la sécrétion. Il est généralement facile, en pareil cas, de découvrir la lésion initiale. Il n'en est pas de même quand on est en présence de ces *conjonctivites aiguës dites traumatiques* qui se voient principalement chez les ouvriers démolisseurs et sont dues à la pénétration dans l'œil de poussières septiques sitôt éliminées. Dans ce cas, le diagnostic différentiel avec une conjonctivite spontanée est particulièrement difficile. Les conjonctivites aiguës dites traumatiques sont des conjonctivites infectieuses et par suite leur évolution clinique ne suit aucune régularité; elles ne paraissent pas toujours avoir, comme on l'a dit, une tendance à la guérison rapide; nous

en avons observé de très malignes qui déterminaient au bout de quelques jours une ulcération de la cornée superficielle mais étendue et progressive. L'insuccès des moyens habituels curateurs d'une conjonctivite catarrhale banale est manifeste. *L'examen bactériologique* est intéressant à pratiquer; il est très utile quand il prouve la nature gonococcique de la conjonctivite, comme dans deux cas signalés par Baudry.

Les conjonctivites aiguës professionnelles sont, nous le répétons, des conjonctivites infectieuses dues non pas à des poussières irritantes, mais à des poussières particulièrement septiques qui inoculent directement la conjonctive.

634. — Il arrive parfois qu'on constate, en même temps qu'une affection traumatique réelle, l'évolution d'une affection oculaire spontanée. L'observation personnelle que nous résumons en est la preuve :

C..., 19 ans, ajusteur, blessé le 6 janvier, nous est adressé le 8 janvier 1901. Nous constatons sur la cornée droite, en haut et en dehors, la présence d'un corps étranger métallique que nous extrayons : nous remarquons en outre une infection perikératique et des opacités interstitielles qui nous font penser à une kératite parenchymateuse qui évolue. Nous prévenons de suite C... qu'il a en effet été victime d'un accident mais que les troubles de sa vision sont attribuables à une affection qui nous semble en voie d'évolution et peut durer fort longtemps. Malgré les protestations de l'assuré, nous signons le billet de guérison le 19 janvier.

C... entra alors dans notre service à l'hôpital où nous assistâmes à l'évolution d'une kératite droite. 3 mois après, l'œil gauche fut pris de la même façon. C... dut être hospitalisé pendant 6 mois.

635. — L'expert rencontrera surtout de la simulation quand il voudra déterminer la valeur fonctionnelle de l'œil pour apprécier les conséquences de l'accident. L'ouvrier, pour faire augmenter son indemnité exagère le plus souvent la diminution de vision ou quelquefois simule la cécité.

Nous supposons qu'après avoir soigneusement examiné l'œil, tenu compte de la réfraction, après s'être assuré de l'intégrité du champ visuel et de l'absence de scotomes

(amblyopie toxique), après avoir rejeté l'idée d'amblyopie par défaut d'usage (strabisme), le médecin juge que la vision accusée par le blessé ne correspond pas à la lésion observée. Comment déjouer la simulation? On essaiera de dépister le simulateur en répétant à plusieurs reprises les examens, en faisant lire les optotypes à des distances variables; on arrivera ainsi à des acuités différentes qui prouveront la mauvaise foi de l'intéressé. On conçoit que, dans des cas semblables, le médecin soit hésitant et ne puisse pas conclure; il devra alors rapporter exactement les renseignements subjectifs et ajoutera « Que la vision avouée par l'ouvrier ne lui semble pas en rapport avec les lésions qu'il constate. » Le tribunal ordonnera, s'il y a lieu, une contre expertise.

636. — *Amaurose simulée.* — L'assuré accuse une perte complète de la vision d'un œil alors qu'on ne trouve aucune lésion grave de cet œil : pas d'hémorragies du fond de l'œil (macula); pas d'altérations de l'appareil nerveux optique; la pupille n'est pas déformée; il n'existe pas de traces d'inflammations anciennes (synéchies). On doit alors penser à la simulation de l'amaurose et mettre en jeu les moyens dont nous disposons pour nous renseigner.

637. — *Moyens objectifs.* — Nous n'attachons qu'une importance très relative à la direction des axes visuels. La déviation habituelle de l'œil amaurotique est loin d'être constante. L'état de la pupille peut au contraire nous fournir d'importantes indications. Dans une remarquable étude (1), Coppez fils a montré toutes les déductions qu'on pouvait tirer d'une exploration bien faite de la pupille.

On sait qu'une pupille réagit à la lumière et à l'accommodation (réflexes directs) et réagit aussi aux excitations de l'autre pupille (réflexe consensuel). Les réflexes photo-moteurs doivent s'étudier près d'une fenêtre bien éclairée après avoir

---

(1) H. Coppez. Exploration de la pupille. *Arch. ophthalmologie* février 1903.

attendu quelques minutes pour laisser au sujet le temps de s'accommoder.

Voulons nous explorer la pupille droite? Voici, d'après Coppez, comment nous devons opérer :

1° On note d'abord le diamètre relatif des deux pupilles (à l'état physiologique la pupille mesure deux à quatre millimètres de diamètre) puis on couvre l'œil gauche et on examine le diamètre absolu de la pupille droite.

2° Pour rechercher la réaction directe, on masque encore l'œil gauche, puis on passe rapidement la main comme un écran devant l'œil droit ; on suit alors les mouvements de la pupille droite et l'on note s'ils sont normaux, diminués ou abolis.

3° Pour la réaction consensuelle, on masque les deux yeux avec les mains, on découvre et recouvre rapidement l'œil gauche en ayant soin de se tenir sur les côtés pour noter les variations de la pupille droite pendant les alternatives d'éclairage et d'obscurité. La réaction consensuelle peut être normale, diminuée ou abolie.

4° On fait porter les yeux sur un objet rapproché à trente centimètres et on note les variations de la pupille pendant la convergence et l'accommodation.

Nous supposons que le diamètre relatif des pupilles soit le même, qu'au contraire le diamètre absolu de la pupille droite (l'œil gauche étant couvert) soit augmenté ; le réflexe direct est aboli à droite, normal à gauche, la réaction consensuelle est abolie à gauche, normale à droite : nous avons donc des altérations dans la partie centripète de l'arc réflexe (par ex. atrophie du nerf optique). Au contraire, le diamètre relatif des pupilles est inégal, la pupille droite est dilatée, la réaction est abolie à droite, normale à gauche, la réaction consensuelle est normale à gauche, abolie à droite ; c'est que nous sommes en présence d'une altération dans la partie centrifuge de l'arc réflexe, (par ex. : paralysie de la IIIe paire) (H. Coppez).

L'exploration de la pupille ne nous a fourni aucun élément de diagnostic : dimensions physiologiques, réactions directes

et consensuelles positives normales. C'est alors que nous pouvons avoir recours aux méthodes subjectives pour déjouer la simulation.

638. — *Moyens subjectifs.* — Les moyens subjectifs dont nous disposons ont été décrits avec détail dans le travail de M. Baudry. Nous nous contenterons d'indiquer les principaux.

1° *Le procédé de* Javal Cuignet consiste à interposer une règle entre l'œil et une feuille de papier sur laquelle sont tracés des caractères d'imprimerie. Si le plaignant, malgré l'obstacle interposé qui doit être situé à égale distance entre l'œil et le papier, lit toute la ligne, la simulation est dévoilée.

2° *Procédé des prismes.* (Von Graefe, 1855). Les prismes ont la propriété de dévier les rayons lumineux vers leur base et de provoquer de la diplopie. La perception d'une image double permet de découvrir la simulation; le prisme du professeur Baudry permet d'obtenir des images doubles assez semblables pour que le simulateur ne puisse distinguer l'image virtuelle de l'image réelle.

3° *Épreuve par le stéréoscope* (Abadie, 1875). Cette épreuve, quand elle est positive, permet de produire des images différentes par superposition, fusion, déplacement ou entrecroisement.

4° *Épreuves par verres et caractères colorés.* Ces épreuves sont basées sur ce principe qu'une lame de verre d'une couleur déterminée arrête les rayons et les couleurs complémentaires et laisse passer les rayons similaires. L'on met par exemple un verre rouge devant l'œil sain et l'on présente une plaquette avec des caractères verts et rouges sur fond noir. Si les caractères verts sont lus, c'est que l'œil prétendu amaurotique, ne l'est pas, puisque l'œil sain muni d'un verre rouge ne peut voir les caractères verts qui, pour lui, deviennent noirs.

639. — Avant de conclure à la simulation, le médecin ou l'expert doit penser à l'hystéro-traumatisme. L'hystérie

post-traumatique peut produire une diminution de vision (amblyopie) ou une perte de la vision (amaurose) et se caractérise par l'absence de lésions anatomiques.

Dans l'amblyopie hystérique, on trouvera fréquemment des modifications du champ visuel (rétrécissement concentrique avec inversion des couleurs) mais, outre que ces modifications peuvent varier d'un examen à un autre, elles ne sont pas toujours constantes.

La simulation d'un rétrécissement accentué du champ visuel est possible (Bichelonne); d'après le professeur Baudry le meilleur moyen de la dévoiler serait l'examen avec un gros prisme suivant le procédé de Schmidt-Rimpler.

L'amaurose hystérique est presque toujours unilatérale, mais l'amaurose bilatérale existe; Kerneis (1) a réuni 33 cas de cécité totale hystérique. Le Dr Leroux, de Caen, en a publié récemment une observation dans les Archives d'ophthalmologie (décembre 1903). L'amaurose hystérique peut s'installer d'emblée ou être consécutive à une amblyopie; dans presque tous les cas, les réactions pupillaires à la lumière sont conservées.

On ne doit pas oublier que dans l'amaurose unilatérale, l'œil amaurotique fonctionne dans la vision binoculaire; les méthodes subjectives des prismes et du stéréoscope n'ont donc qu'une valeur relative et peuvent induire en erreur si l'on a pas présente à l'esprit cette particularité très importante de l'hystérie monoculaire.

La coïncidence d'autres symptômes visuels (nystagmus, contractures, diplopie ou polyopie monoculaire), ou généraux (troubles sensitivo-sensoriels moteurs ou mentaux) de l'hystérie est fort utile pour affirmer le diagnostic quand on soupçonne l'hystéro-traumatisme.

Bien que les phénomènes hystériques aient pour caractère de cesser ou de se modifier sous l'influence d'actions réflexes multiples (Parinaud), ces phénomènes peuvent avoir parfois une très longue durée et l'hystérie dans les

(1) Th. Bordeaux, 1901.

formes d'origine traumatique peut être mono-symptomatique.

Borel, de Neufchatel, a pu réunir une collection de cas où l'érythropsie, l'astigmatisme spastique, la mydriase, l'épiphora, le strabisme spastique, le nystagmus existaient isolément et constituaient une forme d'*hystérie monosymptomatique*. Nous venons d'examiner, comme expert, un homme de 60 ans qui, à la suite d'une érosion traumatique de la cornée gauche, présente depuis 6 mois un hémispasme facial gauche avec blépharospasme; notre examen ne nous a fait découvrir aucun symptôme de nature hystérique.

Dans les troubles que l'on a désignés sous le nom de névrose traumatique (psychose neuro-traumatique) il y a lieu de tenir compte de la bizarrerie et de la ténacité de symptômes nerveux d'ordre secondaire qui peuvent en imposer pour une affection simulée alors qu'ils sont le fait d'une affection réelle.

b) *Oreilles.*

640. — Les *blessures intéressant l'oreille externe* ne causent pas de troubles de l'ouïe le plus souvent lorsqu'elles ne touchent que le pavillon; elles ne donnent donc pas lieu à indemnité.

641. — La *surdité* doit être indemnisée différemment selon la profession; la perte de la perception d'une seule catégorie de sons, comme la chose est possible, peut mettre un ouvrier en instruments de musique, par exemple, dans l'impossibilité d'exercer sa profession. Au contraire, un manœuvre ne sera guère touché par une surdité même assez prononcée. Nous ne connaissons pas d'échelle analogue à celles qui ont été établies pour les yeux, indiquant le rapport de l'acuité auditive professionnelle à l'acuité physiologique. Nos estimations s'appliqueront aux professions n'exigeant pas d'une façon particulière l'usage du sens de l'ouïe.

La *surdité d'une seule oreille*, si elle est complète, est con-

sidérée en Autriche comme faisant subir une réduction de 5 0/0 à la valeur professionnelle; la loi italienne l'estime à 10 0/0; c'est aussi l'appréciation de Roepke (1); il nous semble que se tenir entre ces deux chiffres est être bien près de la vérité. Pour que la simple diminution de l'ouïe d'un seul côté donne lieu à une indemnité, il faut, à notre avis, qu'elle se rapproche bien de la surdité totale; il n'est guère de professions où l'on ne trouve beaucoup d'ouvriers, surtout parmi ceux d'un certain âge, ayant une *« oreille dure »*.

La *surdité complète* met au contraire l'individu dans un état d'infériorité manifeste. Certes, il est encore capable de s'occuper, mais le marché du travail est pour lui très restreint. De plus, les bourdonnements qui accompagnent souvent la surdité occasionnent une gène réelle et souvent des troubles nerveux graves.

Becker estime à 50 0/0 la réduction du fait de la surdité totale; la loi italienne la fixe à 40 0/0; en Autriche, on adopte le chiffre de 30 à 45 0/0 selon la profession. L'estimation de 50 0/0 nous paraît à peine suffisante. Nous irions volontiers jusqu'à 60.

642. — Les *vertiges persistants* qui peuvent se montrer à la suite de traumatismes de l'oreille, s'ils sont bien de nature organique, doivent donner lieu à une indemnité dont il est difficile de fixer le taux. Il variera selon la profession exercée par l'individu, selon la plus ou moins grande facilité avec laquelle les étourdissements apparaîtront.

643. — *L'écoulement chronique* de l'oreille ne donne pas lieu à notre avis, à l'allocation d'une indemnité. Il ne crée pas d'incapacité. C'est au surplus une affection rencontrée avec une fréquence relative chez les travailleurs. Si les estimations adoptées en Autriche fixent une rente de 10 à 30 0/0 dans ces cas, c'est en vertu du même principe qui fait indemniser, en ce pays, l'ouvrier défiguré par un accident.

---

(1) Soc. all. otologie. Congrès 1902 an. *in J. des prat.*, 1903, p. 29.

IV

Thorax, Abdomen et viscères contenus.

a) Thorax.

644. — Les *lésions de la cage thoracique* en elles-mêmes sont d'un pronostic bénin ; à moins de très grands traumatismes, elles guérissent en quelques semaines sans entraîner après elles d'incapacité permanente. Quelquefois, cependant, des *névralgies intercostales* peuvent persister. Si ces névralgies sont légères, estimer l'incapacité à 10 0/0 sera suffisant, mais, lorsqu'elles sont très vives, on peut dépasser le chiffre de 35 0/0 que nous relevons dans le tarif autrichien et arriver à 50 et 60 0/0. Il peut même se faire que l'incapacité soit absolue, car toute douleur vive existant d'une façon continue, peut avoir sur le moral du patient la plus fâcheuse influence et le plonger dans un état de dépression qui rend bien difficile le travail régulier.

b) Poumons et plèvres.

645. — Les traumatismes du thorax sont surtout intéressants par les lésions viscérales qu'ils occasionnent souvent.

La *tuberculose pulmonaire et pleurale* a été étudiée plus haut. La pneumonie, la gangrène se terminent par la mort ou ne causent qu'une incapacité temporaire.

Pleurésies sèches ; adhérences pleurales. — D'après Lacassagne, on trouve des *adhérences pleurales* dans la proportion de 80 fois sur cent autopsies pratiquées (1). Ces chiffres sembleraient indiquer le peu de gravité de l'affection au point de vue de la diminution de la capacité de travail. En fait, il existe de très notables différences selon les cas, et alors que certains sujets sont relativement peu gênés par des adhérences même étendues, les symphyses pleurales très limitées peuvent

(1) Combes. Th. Lyon, 1897-98.

occasionner de violentes douleurs intercostales. Il est un fait indiscutable, c'est la diminution de la capacité respiratoire, causée par la présence d'adhérences pleurales; il en résulte non seulement une gêne pour se livrer à un travail pénible, mais encore une diminution de la résistance vitale si nous pouvons ainsi nous exprimer, dont il doit être tenu compte dans l'appréciation du tort causé au blessé.

L'évaluation est, on le comprend, fort difficile à établir : dans le cas où il n'existe pas de douleurs, où le porteur exerce une profession n'exigeant que peu d'efforts, la diminution de la capacité de travail n'est pas supérieure à 8 à 10 0/0. Au contraire, si la profession demande un grand déploiement de forces, l'ouvrier peut être contraint d'en changer et l'incapacité en résultant peut parfois atteindre les chiffres de 30, 40 0/0. Enfin, dans les cas de douleurs intercostales très vives, peut-être pourrait-on accorder encore davantage et arriver à 50 et 60 0/0. Chaque cas en particulier comportera une solution spéciale.

c) Affections cardiaques.

1° *Péricardites.*

646. — Une *péricardite* peut guérir sans laisser de traces, ainsi que nous l'avons vu, surtout lorsqu'il s'agit de lésions bien limitées à un point de la séreuse. Dans d'autres cas, au contraire, il persistera des adhérences étendues qui gêneront le travail du cœur. Il est donc difficile d'évaluer *a priori* la diminution de capacité de travail qui peut résulter de cette affection. Ici, comme dans les autres affections du cœur, on devra tenir compte du travail habituel de l'ouvrier, de son âge, de la facilité avec laquelle il pourra trouver à exercer une profession peu pénible. L'estimation de l'indemnité à laquelle il a droit peut donc varier depuis zéro jusqu'au maximum.

2° *Myocardites.*

647. — D'un pronostic toujours grave, la *myocardite* nterdit tout travail tant soit peu pénible ; même guérie

ou plutôt en apparence guérie, elle met le sujet en état d'infériorité notoire. La dégénérescence de la fibre cardiaque se fait d'une façon continue et met la vie en danger à bref délai le plus souvent. L'individu atteint de myocardite accomplit difficilement les actes les plus simples de la vie : monter un escalier par exemple ; toute émotion, toute préoccupation lui est contraire et même fatale parfois. Dans ces conditions, nous croyons qu'on peut estimer sa capacité de travail réduite à zéro. Tout au plus admettrions-nous qu'il n'en est pas ainsi chez un homme ne se livrant qu'à des travaux paisibles : écritures par exemple. Encore, même dans ce cas, le sujet atteint de myocardite est un véritable infirme et l'on devra tenir compte dans une très large mesure de la difficulté qu'il aura à trouver une occupation répondant absolument à ses capacités physiques.

3° *Endocardites.*

α) *Ruptures valvulaires :*

648. — Elles présentent un caractère de gravité exceptionnelle ainsi que nous l'avons montré. La survie est de très faible durée le plus souvent. Les troubles de compensation sont très précoces, se répètent par crises à très faibles intervalles. Malgré les faits, cités comme des curiosités cliniques, où l'on a pu voir, après plusieurs semaines, la guérison se produire, nous estimons que, quelle que soit la valvule touchée, on pourra estimer la capacité de travail comme nulle. Dans les cas où la lésion semblerait s'améliorer, un nouvel examen dans le délai de trois ans permettrait une révision.

β) *Endocardites proprement dites :*

649. — Leur pronostic est moins sévère que celui des ruptures valvulaires. La compensation se fait plus facilement. Cependant l'ouvrier qui en sera atteint devra écarter les travaux de force ; il sera exposé à une aggravation des affections les plus légères : bronchite, par exemple. Selon la

profession qu'il exerce, selon l'état exact de son cœur et la façon plus ou moins parfaite dont les troubles de la circulation sont compensés, selon enfin l'âge, on peut faire varier l'estimation de la réduction de capacité de travail entre 50 et 75 0/0.

d) Hernies.

650. — Nous avons déterminé, dans la première partie, dans quels cas on pouvait admettre l'origine accidentelle des hernies.

On pourrait se demander si la production d'une hernie, peut donner lieu à une indemnité. Blasius estime que l'existence d'une hernie ne diminue pas la capacité du travail, si la hernie peut être contenue par un bandage. De fait, à voir le nombre énorme d'ouvriers qui sont hernieux et se livrent pourtant à des travaux de force on serait tenté d'être de l'avis de cet auteur. Cependant, il n'est pas douteux que la hernie constitue une dépréciation de l'ouvrier, car cette affection tend presque toujours à s'accroître et évolue si rarement vers la guérison spontanée qu'on peut ne pas tenir compte de ces cas exceptionnels ; de plus, le port du bandage est gênant et enfin la hernie fera refuser l'entrée dans nombre d'emplois.

Dans l'appréciation du tort causé on devra tenir compte dans des limites assez grandes de l'occupation ordinaire du blessé. Dans certaines professions en effet, la gêne résultant du port d'un bandage sera presque nulle. L'âge avancé qui ne permettra pas au blessé d'apprendre un nouveau métier après avoir été obligé de quitter le sien sera une cause d'aggravation devant faire augmenter notablement le chiffre de l'indemnité.

En revanche, il est rationnel d'admettre une atténuation plus ou moins large du fait de la prédisposition : c'est d'ailleurs ce qu'ont compris la plupart des tribunaux. Cette prédisposition devra entrer en ligne de compte d'autant plus que le sujet était d'un âge plus avancé. Berger a montré en effet dans sa statistique établie sur 12.000 cas, que la

hernie augmentait de fréquence avec l'âge jusqu'à 45 ans. Un prédisposé a donc d'autant plus de chance d'approcher du moment où il deviendra hernieux, qu'il est plus près de cette période de la vie.

C'est en tenant compte de tous ces facteurs qu'on devra estimer la réduction dans la capacité de travail.

1° *Hernie inguinale* :

651. — En Allemagne on évalue la dépréciation résultant d'une *hernie inguinale simple* entre 5 et 10 0/0; en Autriche 5 à 9 0/0; en Italie le tarif légal donne 10 0/0; en France Georges Brouardel propose 20 à 30 0/0, ce qui est manifestement exagéré; les tribunaux français se sont presque tous rapprochés du tarif allemand et nous semblent être dans le vrai (Nancy, 21 mai 1900; Cour de Paris, 8 février 1902; Cour de Lyon, 22 mai 1901 : 10 0/0).

Dans le cas de *hernie double* d'origine accidentelle nettement prouvée, la rente peut être augmentée. En Italie, l'estimation va jusqu'à 15 0/0; c'est là un tarif raisonnable.

2° *Hernie par large cicatrice* :

652. — Les cicatrices entraînant une *éventration* de la paroi abdominale avec large hernie créent une notable incapacité de travail, difficile d'ailleurs à évaluer en dehors de chaque cas particulier, mais on pourra parfois aller jusqu'à 50 et 60 0/0 dans l'appréciation du dommage causé, d'autant plus qu'un bandage ne sert guère lorsque la paroi est détruite dans une large étendue; il y a généralement simultanément des troubles graves de la santé.

3° *Hernie crurale* :

653. — Elle a moins de tendance à l'accroissement que la hernie inguinale, mais le fait que le bandage lui porte peu secours, qu'elle expose davantage aux étranglements, fait qu'elle est estimée généralement comme la hernie inguinale.

4° *Hernie ombilicale :*

654. — Difficilement réduite par un bandage, dans les cas rares où elle est le résultat d'un accident, elle doit être estimée plus que les précédentes, surtout lorsqu'elle est développée. En revanche, les très petites hernies ombilicales ne peuvent guère donner lieu à une indemnité. L'estimation autrichienne de 10 à 16 0/0 est exacte dans la plupart des cas moyens. Golebiewski a vu en Allemagne accorder 10 0/0 dans un cas où la hernie était grosse comme une pomme.

La *hernie adombilicale* doit être appréciée pareillement.

5° *Hernie épigastrique :*

655. — Malgré son petit volume, elle doit être jugée assez grave en raison des troubles réflexes qu'elle occasionne souvent : troubles de la digestion, douleurs assez intenses, troubles neurasthéniques. De plus, elle n'est guère soulagée par les bandages. 30 à 50 0/0 ne semblent pas exagérés si les désordres accusés par le malade sont bien contrôlés ; mais aussi, on devra se rappeler de sa latence fréquente et de la *rareté de son origine accidentelle.*

6° *Hernie diaphragmatique :*

656. — Elle est grave et rend souvent tout travail impossible si elle n'est pas opérée.

7° *Hernie obturatrice :*

657. — Difficile à contenir par un bandage, elle peut être estimée comme la hernie crurale.

8° *Hernie lombaire :*

658. — Elle guérit quelquefois spontanément, par le port d'un bandage. Rarement elle acquiert un volume considérable. La diminution dans la capacité de travail ne dépasse guère 5 à 10 0/0.

9° *Hernie ischiatique :*

659. — Il est bien rare qu'elle touche la capacité de

travail ; cependant, dans quelques cas, on a vu les individus qui en étaient porteurs obligés de rester couchés et de cesser toute occupation.

Cas d'une cure radicale :

660. — Dans le cas où l'opération d'une cure radicale a été faite et a bien réussi, l'ouvrier ne semble avoir droit à aucune indemnité. En effet sa situation est plutôt meilleure après l'opération qui a détruit la prédisposition à la hernie. Cependant si la récidive avait lieu dans les trois ans qui suivent l'opération, il conserverait son droit à la révision.

e) Maladies du péritoine.

Péritonites chroniques.

661. — Les péritonites ne peuvent donner lieu à une indemnité qu'autant qu'elles ont évolué chroniquement et qu'elles ont donné lieu à la formation de brides, d'adhérences occasionnant des symptômes douloureux. Nous avons vu qu'outre la douleur il pouvait se produire des troubles graves de la santé sous l'influence de la gène apportée aux fonctions digestives.

Une évaluation de l'incapacité de travail est fort difficile à faire dans ces cas. Les douleurs peuvent être assez vives pour empêcher tout travail. Ce ne sera pas généralement le cas et, lorsqu'un patient accuse de tels symptômes, il faudra ou penser à l'exagération ou se rappeler que les affections péritonéales donnent souvent lieu, chez les prédisposés, à des troubles psychiques. La plupart du temps, les douleurs ne sont que passagèrement assez fortes pour pouvoir empêcher le travail. Les heures qui suivent la digestion sont particulièrement pénibles. En tenant compte du temps perdu par cette incapacité de travail temporaire mais journalière, de la difficulté pour l'ouvrier de trouver à s'employer dans ces conditions, de l'altération de la santé, enfin de l'impossibilité de faire de grands efforts, on peut

estimer que la diminution dans la capacité de travail va parfois, dans certaines professions exigeant des travaux de force, jusqu'à 60 et 70 0/0. Les ouvriers d'art seront, au contraire, les moins touchés par cette incapacité qui, chez eux peut atteindre un minimum. Il est difficile d'ailleurs de fixer ce minimum ; il variera dans chaque cas particulier ; dans certaines conditions déterminées il pourra descendre jusqu'à zéro.

f) Maladies de l'estomac.

662. — Parmi les maladies traumatiques de l'estomac, on ne peut considérer comme constituant une incapacité permanente partielle que la *sténose du pylore* quelle que soit son origine, si elle n'a pas été opérée, ou si l'opération n'a pu lever l'obstacle existant. Cette opération nous semble être de celles qu'on ne peut imposer au patient contre son gré. D'une part, sa gravité, d'autre part, les insuccès relativement fréquents des interventions pour sténoses pyloriques ne permettent pas de la ranger parmi celles dont le refus doit entrer en ligne de compte dans l'évaluation de l'indemnité à lui attribuer.

Ceci exposé, on doit tenir compte, dans cette évaluation, de la dénutrition profonde qu'entraîne la sténose du pylore, et des complications qu'elle peut amener par là même, de sa tendance à l'aggravation continue, des souffrances et de la perte de forces qu'elle occasionne. Un homme ayant une sténose du pylore causant des vomissements après chaque repas devient rapidement hors d'état de faire un travail exigeant une dépense de force tant soit peu considérable. L'ouvrier qui n'a pas à se livrer à des travaux pénibles peut encore pendant plusieurs années occuper une partie de son temps.

Nous estimons l'incapacité de 70 à 90 0/0 dans les cas d'ouvriers appelés à dépenser beaucoup de force ; à 50, à 75 0/0 pour des ouvriers d'art, des surveillants, et en général pour ceux dont la dépense de force est petite.

663. — *L'ulcère de l'estomac* a été parfois classé dans les causes d'incapacité permanente. C'est là une erreur ; tant que la cicatrisation n'est pas obtenue, on doit considérer le malade comme en état d'incapacité temporaire.

g) Rate.

664. — La plupart des cas de *splénite*, *périsplénite* guérissent sans laisser de traces et la question d'incapacité permanente ne se posera pas. Il pourra parfois persister des douleurs à la suite d'une périsplénite. L'incapacité qui peut en résulter ne diffère pas de celle que nous avons déterminée à propos des cas d'adhérences péritonéales.

665. — Une question plus intéressante se pose : à la suite de certains traumatismes de la rate, en particulier de certaines hernies de ce viscère par plaies de la paroi, le traitement chirurgical consiste à faire la résection de l'organe hernié. Cette *splénectomie* entraîne t-elle pour le patient une incapacité quelconque? La thèse de Vanverts (1) nous donne de très intéressants documents à cet égard. Elle est basée sur l'étude de 295 cas de splénectomies; nous y voyons que, toutes les fois qu'il n'y eut pas des accidents graves *très rapides* : hypertrophie des ganglions, etc., la guérison a été complète. Sur ces 265 splénectomies, 29 ont été motivées par des hernies traumatiques; ces 29 cas ont guéri et la guérison semble avoir été parfaite. Elle a été constatée souvent plusieurs mois et même plusieurs années (3 ans, 13 ans, 23 ans) après l'opération. Nous pouvons donc affirmer que la rate n'est pas un viscère indispensable au fonctionnement de l'organisme et l'expert, dont Becker cite le rapport, semble s'être inspiré plutôt de considérations théoriques que cliniques pour affirmer qu'un blessé privé de sa rate subissait une dépréciation notable. La splénectomie ne nous semble causer aucune dépréciation de la capacité de travail si la cicatrice est solide.

---

(1) Th. Paris, 1897-98.

h) Reins et Organes génito-urinaires.

666. — La *néphrite* constitue toujours une affection grave; elle oblige celui qui en est porteur à prendre de plus grandes précautions qu'un individu sain, alors même que la lésion rénale est relativement peu accusée. Dans l'appréciation des faits on devra tenir compte, si on peut la déterminer, de l'uni ou de la bilatéralité de la néphrite. Si un seul rein est lésé, l'incapacité peut être évaluée à 25 0/0; si les deux reins sont touchés, le double au moins doit être accordé. Dans les professions n'exposant pas à de grands travaux, ni au refroidissement, le chiffre pourra être abaissé, mais sans descendre, croyons-nous, au-dessous de 30 à 40 0/0 dans le cas de néphrite des deux reins, à lésions même peu accentuées (albuminurie minima).

667. — Les *hydronéphroses* non opérées doivent, par les douleurs qu'elles occasionnent ordinairement, les troubles nerveux dont elles sont la cause, être considérées comme entraînant l'incapacité absolue.

668. — L'appréciation du préjudice causé par un *rein mobile*, indépendamment de la question de prédisposition congénitale ou pathologique, est fort difficile. Certaines *néphroptoses* en effet, ne font nullement souffrir; d'autres au contraire, parfois moins accentuées, donnent lieu à des symptômes extrêmement douloureux, empêchent tout travail pénible et provoquent des troubles neurasthéniques d'une grande intensité. On comprend donc que chaque cas nécessite une évaluation particulière; l'incapacité de travail pourra varier dans les limites les plus étendues, depuis zéro jusqu'à 50 0/0. Elle ne semble pas pouvoir dépasser ce dernier chiffre.

669. — La *néphrectomie* unilatérale cause un préjudice sérieux au patient; il est obligé à prendre des précautions qui l'empêcheront d'accepter bien des travaux; on peut au

moins évaluer la dépréciation subie par un travailleur à 40 à 50 0/0.

670. — La *rupture de l'urèthre* ne cause pas d'incapacité permanente; pendant les premiers temps, cependant, il y a nécessité pour le patient de recourir assez fréquemment au passage de sondes, d'où la perte de quelques journées de travail. Le nombre de jours de repos forcé par la répétition de ces opérations peut être évalué au maximum à une quinzaine dans la première année; dans la seconde et la troisième année il diminuera; il arrivera un moment où la guérison sera complète, sauf pourtant la nécessité pour le patient de se faire examiner par le médecin de temps à autre : une ou deux fois par an. On peut donc dire, dans ces conditions, que l'incapacité de travail n'est pas permanente. Il reste la question des soins médicaux à régler. Le plus souvent il interviendra une transaction entre l'ouvrier et son patron. Calculer le chiffre de l'indemnité de façon à ce que le blessé reçoive un capital de 2 à 300 francs *au maximum* nous paraîtrait équitable.

671. — *L'incontinence d'urine, les fistules urinaires* sont des infirmités qui gênent beaucoup l'ouvrier et l'empêchent de trouver du travail; il y a souvent impossibilité d'accepter une besogne tant soit peu pénible, d'autant plus que la peau constamment souillée par l'urine peut présenter une grande tendance aux excoriations et aux éruptions. L'incapacité peut varier entre 20 et 50 0/0 suivant la profession, la possibilité ou l'impossibilité de porter un appareil protecteur.

672. — Les *névralgies du cordon spermatique* qui persistent parfois après les traumatismes du testicule sont très douloureuses et causent souvent une incapacité relative de travail dans les professions à grand déploiement de forces et dans celles où le blessé est exposé aux heurts et secousses : camionneurs par exemple. Ces névralgies ne sont pas toujours améliorées par le port d'un suspensoir; elles ne cèdent parfois qu'à la castration.

673. — La *perte d'un testicule* est considérée par tous les auteurs comme n'exerçant aucune action sur la capacité de travail. La *perte des deux testicules* a, au contraire, un grand retentissement sur l'état physique et intellectuel du mutilé et s'accompagne d'une diminution notable des forces. Becker est presque le seul à la nier. Le tort causé est d'autant plus grand que le sujet est plus jeune. Chez un individu d'âge moyen, on peut évaluer le préjudice à 25 0/0 au minimum. Le tarif autrichien n'accorde que 10 0/0. Rieger (cité par Becker) donne 50 0/0, chiffre qui paraît élevé ; Blasius estime que 10 0/0 sont suffisants.

674. — Nous avons vu que la prédisposition jouait le plus grand rôle dans la production du *prolapsus de l'utérus*. D'une façon absolue, la dépréciation de la valeur ouvrière doit être appréciée très différemment selon le degré du prolapsus.

Les cas très légers se rencontrent fréquemment dans la pratique et ne causent guère de gêne dans l'exercice d'aucune profession.

Les cas moyens et graves peuvent, au contraire, créer une incapacité de travail plus ou moins grande. Cette incapacité, dans les déplacements complets, entraînant la muqueuse vaginale, peut aller jusqu'à 50 0/0. Il nous semble qu'elle doive, même dans les cas moyens, être toujours estimée supérieure à la gêne causée par une hernie. Le chiffre de 10 0/0 nous paraît donc un minimum, qui peut être admis pour certaines professions très sédentaires où le travail se fait dans la position assise.

Comme pour les hernies il y a lieu de faire subir à ces chiffres une réduction proportionnelle au rôle joué par la prédisposition antérieure à l'accident.

V

Membre supérieur

a) *Épaule.*

675. — L'épaule jouit, à l'état normal, de mouvements très étendus dans tous les sens. Tous ces mouvements ne sont pas également utiles ; une diminution même assez grande de leur amplitude peut ne causer qu'un préjudice relativement peu élevé, surtout dans certains corps de métier. La mobilité de l'omoplate peut souvent, en partie, corriger la limitation des mouvements du bras. Thiem fait remarquer qu'on doit toujours faire la comparaison entre les deux côtés, car, chez les vieux travailleurs, il arrive fréquemment que les mouvements de l'épaule n'aient pas l'amplitude qu'ils atteignent chez les jeunes sujets.

676. — *L'ankylose complète* de l'épaule ne permettant aucun mouvement propre du bras est estimée à 30 à 35 0/0 en Autriche ; à 50 0/0 par Rohmer ; à 25 à 65 0/0, selon la profession, par G. Brouardel. Golebiewski accorde 30 0/0 pour l'épaule droite et 25 0/0 pour l'épaule gauche si la limitation des mouvements se fait à 90°. Les chiffres de 50 à 60 0/0 semblent être un maximum. Il faut d'ailleurs faire une distinction entre le membre droit et le membre gauche. Pour le dernier, ces évaluations peuvent être facilement diminuées d'un tiers.

Dans *l'ankylose incomplète*, l'estimation peut diminuer jusqu'à zéro, selon le degré.

677. — La *laxité de l'articulation*, la *luxation récidivante* sont beaucoup plus préjudiciables en général au travailleur, car elles rendent le membre presque inutile pour tout ce qui est travail de force ; ces infirmités gêneront au contraire fort peu un ouvrier d'art. Chez les manœuvres, les portefaix,

70 0/0 serait une estimation suffisante. On ne doit pas aller jusqu'à l'estimation maximum de perte du membre, car le bras, même inutile pour les travaux de force, servira encore pour maintenir l'équilibre du corps. Tarif autrichien : 45 à 50 0/0; tribunaux allemands : environ 50 0/0. Ces estimations sont données pour le membre droit; à gauche on peut leur faire subir une réduction d'un tiers.

678. — Les *fractures de la clavicule* guérissent le plus souvent parfaitement et la déformation qu'elles laissent après elles ne cause aucune incapacité de travail, sauf cependant s'il y a des compressions nerveuses s'accompagnant de paralysies et névralgies. Becker cite un cas où il conclut à une rente de 50 0/0 à cause des douleurs intolérables que provoquait l'élévation du bras.

679. — Les *fractures de l'omoplate*, si la consolidation se fait mal, peuvent gêner beaucoup les mouvements de l'épaule et les rendre douloureux. Il a été accordé en Autriche de 10 à 30 0/0.

Toutes les lésions de l'épaule s'accompagnent toujours d'une atrophie musculaire très prononcée; l'absence de cette amyotrophie devra faire nier la réalité des troubles accusés. Cette atrophie s'améliorera à la longue après la reprise du travail. Dans son appréciation, on devra tenir compte des observations que nous avons faites sur l'inégalité des membres homologues.

b) *Bras.*

680. — Les *fractures de l'humérus* peuvent ne pas se consolider; la *pseudarthrose* qui en résulte est susceptible parfois d'une certaine correction par le port d'un appareil approprié. Dans le cas contraire, on peut considérer le membre comme presque inutilisable.

681. — La *perte totale du bras*, cause un préjudice très grave, non seulement parce que la plupart des travaux sont

interdits à l'ouvrier atteint de cette infirmité, mais encore parce que l'embauchage, même pour les travaux possibles, sera toujours très difficile, par suite de la concurrence des sujets valides. L'incapacité résultant de la perte du bras droit est bien près, à notre avis, de l'incapacité totale, et 90 0/0 sera une appréciation équitable. En Allemagne, certains jugements ont même accordé jusqu'à 100 0/0. Le tarif autrichien ne donne guère que 50 0/0, ce qui est une évaluation très inférieure à la perte subie. La loi italienne accorde 80 0/0. Les tarifs usités dans l'Association du bâtiment de la Prusse orientale donnent 70 à 80; ceux de la meunerie, 75 0/0; les estimations de G. Brouardel sont comprises entre 50 0/0 (professions intéressant seulement le membre inférieur) et 90 0/0 (ouvriers d'art). En France la moyenne de 8 jugements nous donne 60 0/0 avec un minimum de 33 0/0 (!?) (Tribunal de Béthune, 8 mars 1900) et un maximum de 90 0/0 (Nancy, 13 mai 1901).

La *perte du bras gauche* est estimée ainsi :

Loi italienne, 75 0/0;

Divers jugements allemands, 75 0/0;

Association du bâtiment de la Prusse orientale, 60 à 70 0/0;

Association de la meunerie, 60 0/0;

Estimations de G. Brouardel, 50 à 80 0/0;

La plupart du temps, 70 à 80 0/0 serait équitable.

c) *Coude et avant-bras.*

682. — Les *lésions de l'articulation du coude* prêtent aux mêmes réflexions que celles de l'épaule. La *laxité* est plus grave que *l'ankylose*. Celle-ci est corrigée en partie par les mouvements du bras. Complète, elle occasionne une grande dépréciation dans la valeur du membre, d'autant plus grande que l'ankylose s'est faite dans une position rapprochant davantage le bras de la rectitude. La situation la moins désavantageuse est la flexion à angle droit. La *perte totale des mouvements de supination et de pronation* occasionne aussi une grande

diminution dans la capacité du membre. Elle est surtout très sensible à l'avant bras droit qui a besoin d'une mobilité plus grande dans presque tous les métiers. L'avant-bras gauche est plutôt un instrument de force, de résistance; l'avant-bras droit et la main du même côté sont un instrument de précision.

Les estimations du tarif autrichien relatives à l'ankylose complète du coude droit, donnent, si l'ankylose est en extension, 25 à 30 0/0; en flexion moyenne : 15 à 20 0/0; en forte flexion, 20 à 25 0/0. G. Brouardel estime de 10 à 45 0/0 le coude droit; de 5 à 40 0/0 le coude gauche. Raffaelle, en Italie, va jusqu'à 75 0/0 avec un minimum de 10 0/0. En Allemagne on a accordé 40 à 50 0/0 selon le degré. Nous adoptons les estimations de G. Brouardel.

683. — Les *raccourcissements de l'avant-bras*, comme ceux de tout le membre supérieur, d'ailleurs, ne causent aucune gêne la plupart du temps, même quand ils sont de plusieurs centimètres.

684. — Les *déformations,* quelquefois très marquées, de l'avant-bras à la suite de fractures ne doivent pas davantage impressionner le médecin expert. Lorsqu'il n'y a pas compression nerveuse, le déplacement osseux peut être resté énorme parfois, sans qu'il en résulte aucune gêne dans les mouvements. Il y a longtemps que Championnière professe avec juste raison que dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius où ces déformations atteignent le maximum on doit s'attacher plutôt à la guérison fonctionnelle qu'à la réparation esthétique, qui passe au second plan, surtout lorsqu'il s'agit d'un travailleur.

685. — L'*amputation de l'avant bras*, ne peut être assimilée à la perte totale du membre, surtout s'il est possible de faire supporter au moignon un appareil prothétique. Un bon crochet, surtout au bras gauche, peut rendre encore de réels services. A droite, la dépréciation est plus notable et

se rapproche de celle causée par la perte du membre. Nous estimerions la perte de l'avant bras gauche à 60, 70 0/0 au maximum; celle de l'avant bras droit à 80 0/0 en moyenne. Voici les autres estimations que nous avons relevées :

	Avant-bras droit.	Avant-bras gauche.
G. Brouardel	50 à 90	40 à 80
Tarif autrichien	40 à 45	40 à 45
Association du bâtiment (Pr. orient)	70 à 80	60 à 70
Association de la meunerie	66	60
Jurisprudence allemande	70 à 90	60 à 75
Jurisprudence française	50 à 80	50 à 66 1/3

d) *Poignet.*

686. — *L'ankylose de l'articulation du poignet* succède le plus souvent à une fracture de l'extrémité inférieure du radius, surtout lorsque celle-ci a dû être traitée par une immobilisation prolongée. Cette ankylose n'a pas toujours les conséquences graves qu'on pourrait redouter : après une période plus ou moins longue, le blessé s'habitue à son infirmité et tire un bon parti de son membre. G. Brouardel estime l'incapacité, dans le cas d'ankylose complète du poignet droit, de 5 0/0 (professions intéressant surtout le membre inférieur) à 45 0/0 (ouvriers d'art); par ailleurs, nous relevons les chiffres de 15 à 20 0/0 (tarif autrichien); 20 à 60 0/0 (jurisprudence française); nous considérons le chiffre du tarif autrichien comme se rapprochant le plus de la vérité dans les cas ordinaires. A gauche, on peut réduire ces estimations de moitié.

L'*ankylose incomplète* peut ne donner droit à aucune indemnité; tel est l'avis de G. Brouardel et celui exprimé plusieurs fois par les tribunaux français.

687. — La *perte totale de la main* par amputation ne doit guère être estimée au-dessous de l'amputation de l'avant-bras. Cependant, si le segment de membre restant est encore doué d'une assez grande mobilité et s'il peut supporter un crochet

de fer, préférable à une main artificielle dans presque tous les cas, il rendra encore des services. On peut, suivant les circonstances, diminuer de 10 à 20 0/0 les chiffres donnés pour la perte de l'avant-bras, et arriver ainsi à 60 à 70 0/0 pour la main droite; 50 à 60 0/0 pour la main gauche. Le chiffre le plus souvent adopté dans la Jurisprudence allemande est 66 2/3 0/0 pour la main droite ; 50 0/0 pour la main gauche. Les estimations de G. Brouardel sont 45 à 90 0/0 pour la main droite; 30 à 80 0/0 pour la main gauche; la loi italienne accorde 65 0/0 pour la main gauche, 70 0/0 pour la main droite. Les tribunaux français ont donné 50 à 75 0/0 pour la main droite ; 50 0/0 pour la main gauche.

La *paralysie flasque de la main* doit être estimée comme la perte totale.

688. — La *perte partielle de la main* à la suite d'une amputation précarpienne par exemple, ne peut être assimilée à la perte totale de la main, si la cicatrice n'est ni douloureuse, ni adhérente et si le poignet n'est pas douloureux.

Le moignon de main restant constitue alors, en effet, un solide point d'appui qui peut permettre d'effectuer bon nombre de travaux. L'appréciation variera selon la plus ou moins grande portion de main conservée et l'usage que peut en faire le blessé, et aussi selon la profession.

c) *Doigts.*

689. — Tous les doigts sont loin d'avoir la même valeur au point de vue de leur utilisation fonctionnelle. Le plus important est de beaucoup le *pouce* sans lequel la préhension est très imparfaite. La main n'est plus une pince, elle n'est qu'une griffe, lorsqu'elle est privée de son pouce. A lui seul, on peut estimer que *le pouce représente bien un tiers de la valeur totale de la main.*

L'*index* vient le second par ordre d'importance; puis le *médius;* enfin l'*annulaire* et l'*auriculaire* ne jouent qu'un rôle beaucoup plus effacé.

690. — La perte d'un doigt vaut souvent mieux que son *ankylose en situation vicieuse*, par exemple lorsqu'il en résulte une flexion forcée du doigt sur la main empêchant la préhension des objets ; l'ankylose en légère flexion est la plus favorable ; celle en extension, la plus défavorable.

691. — De même, l'*état de la cicatrice* devra être examiné avec soin ; si cette cicatrice est douloureuse, mal placée, non seulement le doigt peut être inutile, mais encore la main pourra parfois être complètement infirme. Les blessures des doigts doivent donc appeler toute l'attention des médecins.

692. — L'*impossibilité de flexion complète des doigts* sur la main peut ne pas toujours causer une incapacité marquée ; on doit faire à ce sujet une distinction entre les métiers exigeant la préhension de petits objets : le pinceau des peintres par exemple, et ceux au contraire où il n'est demandé que le maniement d'un outil à gros manche : bêche, marteau, etc., où la fermeture complète de la main est inutile. Il ne faut pas s'exagérer d'ailleurs l'importance de l'intégrité fonctionnelle des mouvements articulaires des phalanges entre elles ; on voit des blessés, au bout de quelques mois, se servir admirablement de doigts privés d'une grande partie de leurs mouvements.

693. — Par ailleurs, la *perte d'un doigt* ne peut pas toujours s'apprécier isolément : selon le point où aura été pratiquée l'amputation, il pourra résulter une perte de l'équilibre statique de la main qui rendra parfois les autres doigts en grande partie inutilisables, surtout si l'on n'a pas pris soin, très rapidement, par le massage et des exercices appropriés, de refaire à nouveau l'éducation des mouvements du segment de membre blessé.

La profession joue le plus grand rôle dans l'estimation de l'incapacité résultant de la perte d'un ou de plusieurs doigts ou de seulement partie d'entre eux. Un manœuvre ne sera

que peu touché là où un joaillier pourrait perdre la presque totalité de sa valeur ouvrière.

Sous toutes ces réserves nous donnons les estimations des différentes lésions des doigts. Nous rappellerons encore que *nous considérons comme théorique et n'existant pas en réalité toute invalidité inférieure à 10 0/0.*

694. — La *perte totale du pouce* est estimée par G. Brouardel de 15 à 35 0 0 à droite, de 10 à 25 0 0 à gauche, sauf chez les ouvriers d'art où l'auteur porte l'estimation à 40 à 50 0 0 pour le pouce droit. 25 à 40 0 0 pour le pouce gauche; le tarif autrichien donne 15 à 25 0 0; en Allemagne, on a accordé 20, 25 et jusqu'à 33 1 3 0 0; Thiersch (1) donne l'évaluation de 20 à 30 0 0 pour le pouce droit; 25 0 0 pour le pouce gauche; en raison de la grande différence qui résulte à notre avis de l'usage des deux mains, nous proposons, dans les professions n'exigeant pas une habileté particulière de la main, 30 0/0 à droite et 20 0 0 à gauche.

L'*ankylose complète du pouce* est estimée de 15 à 20 0 0 par Raffaelle, le tarif autrichien, Thiersch.

L'ankylose de la première phalange seule peut être estimée de 10 à 15 0 0; l'ankylose de la *phalange unguéale* seule cause un dommage beaucoup moins grand; le pouce rendra encore la plupart des services qu'on attend de lui, aussi l'estimation de 5 0 0 (Autriche) est-elle suffisante pour le pouce droit; à gauche, il faudra des circonstances bien particulières pour que cette ankylose cause un dommage quelconque.

La *perte de l'une des deux phalanges* du pouce est estimée à la moitié de la perte totale du pouce par presque tous les barèmes (loi italienne, tarifs autrichiens, tarifs des associations et jurisprudence allemande); le tort causé ne semble pas en réalité si considérable. Un pouce privé de sa seconde phalange est encore un instrument utile. Apprécier l'inca-

(1) Cité par Gallez, *in* traduction de Becker.

pacité à 12 0/0 si la lésion est à droite, 8 0/0, si elle siège à gauche, semble suffisant.

695. — La *perte totale de l'index* crée une incapacité estimée 10 à 15 0/0 en Autriche; 16 à 20 0/0 en Allemagne; 15 à 25 0/0 par Thiersch; 20 0/0 à droite, 15 0/0 à gauche par la loi italienne; 15 0/0 environ par les tribunaux français; 10 à 15 0/0 à droite, 5 à 15 à 0/0 à gauche par G. Brouardel, sauf pour les ouvriers d'art. En somme ces chiffres ne diffèrent guère entre eux et l'on peut adopter le chiffre de 10 à 20 0/0 selon le côté.

La *perte d'une seule phalange* peut être estimée à 1/3 de la perte totale; la perte de deux phalanges à 2/3 de cette perte. Certains tribunaux ont considéré que la perte de la phalange unguéale peut être regardée comme dépréciant le doigt de moitié; ce n'est vrai que dans des conditions professionnelles particulières. En revanche, dans beaucoup de professions, la perte de cette phalange n'occasionne pas de préjudice à l'ouvrier.

L'*ankylose de la phalange unguéale* ne cause pas d'incapacité le plus généralement; l'*ankylose des deux dernières phalanges* peut être estimée à la perte des 2/3 du doigt (Autriche, tribunaux français) l'*ankylose des trois phalanges* est bien près de la perte du doigt et quelquefois même plus nuisible que celle-ci si le doigt est immobilisé en situation vicieuse.

696. — La *perte totale du médius* est regardée par Golebiewski comme souvent plus préjudiciable que celle de l'index. C'est un avis isolé. Presque tous les auteurs accordent moins d'importance au médius qu'à l'index. Cependant on peut parfois observer une grande déperdition de force dans la main lorsque ce doigt est amputé au niveau de l'articulation métacarpienne. Les estimations sont les suivantes :

Tarif autrichien, 5 à 10;

G. Brouardel, 5 à 15 (sauf pour les ouvriers d'art) ;

Thiersch, 10 à 20;

Jurisprudence allemande, 10 à 15 (dans certains cas) ;

Loi italienne, 8 ;

Le chiffre de 8 à 12 nous paraît le plus près de la vérité.

La *perte d'une seule phalange* ne cause aucun préjudice la plupart du temps ; elle n'est pas indemnisée en Autriche ; dans quelques cas, les tribunaux allemands n'ont pas admis non plus qu'elle créât un droit à l'indemnité.

La *perte de deux phalanges* cause à peine la moitié du préjudice occasionné par la perte totale.

L'*ankylose d'une ou de deux phalanges* ne constitue presque jamais d'incapacité ; l'ankylose des trois phalanges se rapproche de la perte totale.

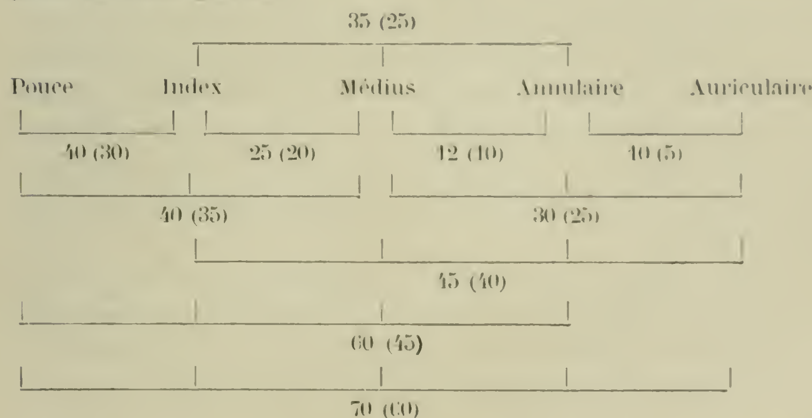
697. — L'*annulaire* est le doigt le moins important. Sa suppression totale ne cause pas d'incapacité le plus souvent ; il en est de même *a fortiori* pour celle de ses phalanges et l'ankylose de celles-ci. L'*ankylose des trois phalanges* ne cause un préjudice que si le doigt est immobilisé en extension. Le tarif autrichien assimile ce doigt au médius ; G. BROUARDEL estime la perte totale à 5 à 10 0/0 à droite, à 5 à 10 0/0 à gauche ; la loi italienne à 8 0/0 : les jurisprudences françaises et allemandes sont d'accord pour refuser souvent toute indemnité à la perte de une ou deux phalanges et ne considèrent l'incapacité résultant de la perte totale que comme très minime le plus souvent.

698. — L'*auriculaire* peut être assimilé entièrement à l'*annulaire*, sauf pour les professions où il sert de point d'appui à la main. Les barèmes les plus usités en Allemagne ne l'estiment qu'un quart de plus que l'annulaire ; la loi italienne accorde 12 0/0 pour sa perte, ce qui semble très supérieur à sa valeur ; G. BROUARDEL adopte les mêmes estimations que pour l'annulaire. En ce qui regarde la perte d'une ou deux phalanges, on doit la considérer généralement comme ne causant aucune dépréciation.

699. — *Lorsque plusieurs doigts sont lésés*, on n'obtient pas la valeur totale de l'incapacité en additionnant les chiffres

obtenus isolément pour l'évaluation de l'incapacité de chaque doigt. Une telle manière de faire aboutirait à des résultats erronés. Les tribunaux français et allemands n'évaluent presque jamais l'incapacité par un calcul ainsi fait. Cependant si les lésions existent aux deux mains, une telle façon de procéder est légitime. Lorsqu'une seule main est touchée, nous proposons, dans l'évaluation des lésions pour perte totale des doigts, le tableau suivant, imité de ceux de Reidinger, et dont les évaluations se rapprochent sensiblement des évaluations maxima des tribunaux français, allemands et autrichiens. Ce tableau ne prévoit pas tous les cas, mais donne un assez grand nombre de combinaisons pour permettre le calcul approximatif de toutes les lésions des doigts, en se rapportant à ce que nous avons dit plus haut sur la perte isolée ou sur l'ankylose des phalanges.

Les chiffres entre parenthèses indiquent les évaluations pour la main gauche.



Le barème usité par l'Association du bâtiment de la Prusse orientale estime chaque doigt par les chiffres suivants représentant une fraction de la valeur totale de la main :

Pouce.	32	0/0
Index.	23	0/0
Médius	18	0/0
Annulaire	7,2	0/0
Auriculaire	15	0/0

Chaque phalange est comptée pour 1/3 du doigt, sauf pour le pouce où l'évaluation est portée à 1/2. Il en résulte donc que si l'on estime la main entière à 60 0/0 par exemple, l'incapacité résultant de la perte d'une phalange du médius serait

$$\frac{1}{3} \times \frac{18}{100} \times \frac{60}{100} = 3,6\ 0/0.$$

VI

Membre inférieur.

700. — Les traumatismes du membre inférieur sont moins fréquents que ceux du membre supérieur. *Ils causent aussi moins de préjudice* que ces derniers. En effet, un individu même gravement lésé, peut, si la station debout ne lui est pas impossible, être chargé de la surveillance d'une machine outil ; les métiers de cocher, de camionneur pourront ne pas lui être interdits ; puis il sera souvent apte à toute la série des professions où le travail se fait assis, et elles sont assez nombreuses, même parmi celles n'exigeant pas un bien long apprentissage.

D'autre part, si la marche est difficile, on devra tenir compte de la difficulté qu'il aura à s'éloigner de son domicile, des chances de chômage plus grandes, de la répugnance de certains patrons à employer des ouvriers infirmes.

701. — Avant de commencer l'étude des lésions de chaque segment du membre inférieur, il y a lieu de trancher la question du *raccourcissement du membre* qui peut subsister à la suite de fractures quel que soit l'os intéressé. Alors que le raccourcissement n'a presque aucun effet intéressant au membre supérieur, il n'en est plus de même ici. Il en résulte une boiterie qui sera d'ailleurs souvent exagérée considérablement par l'intéressé. Aussi convient il de fixer très exacte-

ment, à un quart de centimètre près, la différence de longueur des deux membres, en mettant le sujet absolument à plat et en prenant des points de repère ne permettant pas l'erreur. Lorsqu'on pratique cette mesure sur des sujets normaux, on est frappé de ce fait qu'il y a souvent une grande différence dans les deux membres. GODIN (1) estime que cette différence peut aller jusqu'à un centimètre et qu'elle est généralement au profit du membre gauche. On pourra donc considérer le raccourcissement d'un centimètre comme ne constituant pas une infirmité, même légère.

702. — Pour les raccourcissements plus marqués, les assurances font généralement une différence, dans les polices individuelles, entre le *raccourcissement inférieur à 3-5 centimètres* et le *raccourcissement supérieur* à ce chiffre. Cette différence a sa raison d'être. Une diminution de longueur de 3 cm. se corrige d'abord en grande partie par le port d'un talon un peu plus élevé. Mais, surtout, il se fait une courbure de la colonne vertébrale inclinant légèrement le bassin du côté blessé, de telle sorte que les effets du raccourcissement disparaissent complètement et qu'il n'y a même plus de gène pour celui qui en est porteur. Lorsqu'on examine systématiquement un certain nombre d'ouvriers, on en rencontre un nombre relativement élevé qui présentent ainsi une asymétrie ne les empêchant pas d'aller et venir, et de se livrer même à de durs travaux de forces. Notre avis est qu'*un raccourcissement du membre inférieur au-dessous de 3 centimètres ne doit pas être indemnisé* lorsqu'il ne s'accompagne pas d'autres lésions. G. BROUARDEL estime que, jusqu'à 5 cm, le raccourcissement doit être considéré comme minime ; il ne fixe pas de limite inférieure pour l'appréciation de l'indemnité et propose comme limite supérieure les chiffres de 20 à 25 0/0, sauf pour les professions intéressant les membres inférieurs où il élève le quantum d'incapacité à 45 0/0. GOLEBIEWSKI propose 20 0/0 si le raccourcissement peut être facilement corrigé par

(1) C. *R. Acad. des Scien.* 1900, p. 330.

le port d'une semelle. Dans la jurisprudence allemande, nous trouvons des chiffres très divers : 10, 15, 20 0/0, le premier chiffre ayant été alloué dans un cas où il y avait un raccourcissement de 5 cent. Thiem pense qu'au dessous de 3 cm. il y a vite accoutumance et correction de l'infirmité.

703. — Les *grands raccourcissements*, au contraire, sont difficilement corrigés et nuisent assez gravement à la capacité de travail sauf dans les professions où la station debout est inutile. Les chiffres de 20 à 30 0/0 se rapprochent des estimations de G. Brouardel ; ce sont ceux qui sont admis le plus communément par les tribunaux français et étrangers et ceux que nous proposons d'accepter.

a) *Bassin, hanche, cuisse.*

704. — Lorsque les *fractures du bassin* n'entraînent pas la mort, il est assez fréquent qu'elles laissent après la consolidation des douleurs persistantes, réveillées par les efforts et entraînant, par conséquent, une incapacité relative, selon la violence des douleurs et les conditions dans lesquelles elles se produisent : marche, efforts plus ou moins grands (Becker).

705. — L'articulation de la hanche a besoin d'une intégrité presque complète pour permettre la station debout. Les *affections douloureuses*, en particulier, forcent le patient à se servir d'une canne, ne lui permettent que le travail assis et doivent, lorsqu'elles sont bien constatées, donner lieu à une réparation assez élevée. Les chiffres de 20 à 80 0/0 donnés par Golebiewski ne semblent pas exagérés.

706. — *L'ankylose de la hanche* cause une incapacité absolument différente *selon le degré et, surtout, selon la situation* dans laquelle la cuisse est immobilisée. *En extension* et avec une limitation peu prononcée des mouvements, la marche est encore possible par des mouvements compensateurs du bassin et de la colonne vertébrale. En revanche cette fixation

en extension rend difficile la prolongation de la station assise. Cependant, il est hors de doute que le tort causé est plus considérable si l'ankylose a lieu *en flexion, en adduction, en abduction*, car, dans ces cas, la marche devient presque impossible, sauf si l'ankylose est très légère. Il se produit rapidement, dans ces cas, *d'énormes atrophies musculaires.*

Les *luxations de la hanche* non réduites et avec formation d'une nouvelle articulation, produisent aussi des difficultés de la station debout et de la marche qui peuvent aller jusqu'à l'incapacité presque complète.

Ankyloses et luxations peuvent être évaluées de la même façon : 70 à 90 0/0 ne doivent pas être considérés comme supérieurs à la dépréciation subie. Ces chiffres ne pourront être abaissés que dans le cas d'une profession ne demandant que le travail assis ou lorsque l'infirmité existe à un degré très léger.

Pour l'évaluation du dommage résultant d'une lésion de la hanche, Becker recommande d'examiner le malade couché, debout, assis, marchant, etc., d'examiner les troubles de la mobilité articulaire et du fonctionnement des muscles, de rechercher si le membre constitue encore un point d'appui suffisamment solide pour le corps, enfin, de se rappeler que les suppurations prolongées retentissent sur l'état général.

707. — Les *fractures du fémur* même consolidées, peuvent, en dehors du raccourcissement quelquefois considérable, causer une gène notable, par suite de la consolidation en situation vicieuse. Il en est ainsi lorsque les deux fragments osseux font un angle, lorsqu'il y a chevauchement des extrémités osseuses. Dans ces conditions, le membre se fatigue rapidement, le point d'appui manque de solidité, les mouvements sont incertains. Une fracture du fémur consolidée vicieusement empêche tout travail de force. L'examen du blessé devra se faire comme pour les lésions de la hanche.

La *pseudarthrose* rend le membre complètement inutile et peut être assimilée à la perte totale; si le port d'un appareil prothétique est possible, on pourra diminuer le chiffre d'in-

capacité, mais en se rappelant que, même dans ce cas, tout grand effort est interdit au membre blessé et que le travail assis sera seul permis au sujet porteur de cette infirmité.

708. — La *perte totale du membre*, par amputation de cuisse, pourra être estimée de 50 à 90 0/0 selon la profession et l'âge du blessé. Si le port d'un appareil permettant la marche n'est pas possible, l'incapacité de travail est absolue, quelle que soit la profession, sauf certains cas exceptionnels : ouvriers d'art travaillant en chambre par exemple. Dans la jurisprudence allemande nous relevons des chiffres de 50, 75, 80 0/0. En Autriche, la perte du membre, au-dessus du genou, est estimée à 45 à 50 0/0; en Italie, la loi fixe l'incapacité à 70 0/0.

709. — La *perte des deux membres inférieurs* constitue pour tous les auteurs l'incapacité absolue; en Autriche seulement nous la trouvons estimée à 60 0/0. D'une façon générale d'ailleurs, la perte de deux membres, quelle que soit la combinaison : pied et main, deux bras etc., est évaluée comme incapacité absolue et ce ne semble que justice.

710. — La *sciatique* est fréquente et tenace à la suite des traumatismes de la cuisse, des chutes sur le siège etc. ; il y a non seulement des symptômes douloureux mais encore de l'atrophie musculaire, en conséquence une diminution de force du membre. Le degré d'incapacité est évidemment très variable selon la violence des douleurs. Nous trouvons dans la jurisprudence tous les chiffres depuis 8 jusqu'à 60 0/0.

b) *Genou, jambe.*

711. — Les *entorses du genou* peuvent laisser après elles des troubles fonctionnels parfois irrémédiables. Lorsqu'il y a déchirure ligamenteuse notable, le genou a une laxité trop grande d'où fatigue à la marche et à la station debout, douleurs s'exacerbant dans les efforts, quelquefois irradiées

dans tout le membre, sensation d'incertitude et d'insécurité dans la marche (Becker). Tous ces troubles s'accompagnent toujours d'une *atrophie musculaire* portant surtout sur le triceps fémoral qui devra être mensuré avec soin. Le degré d'amyotrophie sera en rapport avec l'infirmité articulaire. Les mensurations comparatives porteront au niveau du pli fessier, à la partie médiane de la cuisse et à une largeur de main au dessus de la rotule.

712. — La *mobilité anormale du genou* causera une incapacité assez notable; elle pourra souvent être corrigée en grande partie par le port d'un appareil. Elle est estimée à 30 à 40 0/0 en Autriche. L'évaluation pourra être supérieure dans les cas où le port d'un appareil sera impossible et s'il s'agit d'un individu exerçant une profession exigeant l'intégrité du membre inférieur; on pourra la restreindre dans le cas contraire.

713. — L'*ankylose du genou* cause un préjudice d'autant plus grand qu'elle s'est faite dans une flexion plus accusée de la jambe. L'ankylose *dans l'extension*, s'il n'y a pas de douleurs, ne cause qu'une gène assez minime; l'ankylose *en flexion* complète rend la jambe totalement inutilisable sans le port d'un appareil; elle peut presque être assimilée à l'amputation de jambe. Les estimations de 25 0/0 pour l'ankylose en extension, de 30 0/0 pour l'ankylose en flexion, données en Autriche, ne nous semblent pas établir assez cette différence. Dans le premier cas on peut descendre beaucoup au dessous du chiffre de 20 0/0, surtout s'il s'agit d'une profession n'exigeant pas l'usage spécial du membre inférieur; dans le second cas, on peut facilement atteindre 50 0/0 et même au dessus.

Becker assimile avec raison les *luxations du genou* mal guéries avec déplacement latéral des surfaces articulaires (jambe en bayonnette) aux pseudarthroses du fémur.

714. — Les *fractures de jambes* consolidées dans une

situation vicieuse, ou avec cal douloureux, déprécient souvent l'usage du membre. Il persiste des douleurs, de l'œdème, des troubles trophiques divers. Cependant, on ne doit pas se presser à affirmer l'incapacité permanente. *Tous les traumatismes du membre inférieur guérissent lentement.* Après le long séjour dans l'immobilité qu'ils ont occasionné le plus souvent, il semble qu'il y ait nécessité d'une nouvelle éducation du système vaso-moteur. Le médecin sera trop souvent porté à calculer l'incapacité temporaire de travail d'après les durées indiquées dans les ouvrages classiques de chirurgie pour la consolidation proprement dite de la fracture. Les statistiques de Ramsperger (cité par Becker) et de Gallez, montrent que, pour être dans le vrai, il faut s'éloigner beaucoup de ces chiffres. Ramsperger constate que dans 57 0/0 des fractures de jambes non compliquées, la guérison fonctionnelle demande plus d'un an; Gallez estime la moyenne de l'incapacité de travail à plus de cinq mois; dans 20 0/0 des cas observés par lui les blessés n'ont pu reprendre leur besogne avant six mois; 23 0/0 restèrent plus ou moins invalides. Le degré d'incapacité variera selon l'usage que le blessé pourra encore faire du membre lésé, le métier exercé, etc.

715. — On observe parfois à la suite de fractures de jambe, des *hernies du muscle jambier antérieur* (1) à travers l'aponévrose déchirée. Le plus souvent ces hernies ne causent aucune gène dans le fonctionnement du membre et n'ont pas droit à être indemnisées. Parfois, elles occasionnent une impotence plus ou moins marquée; on s'en apercevra à l'*atrophie musculaire*. Le blessé essaye souvent de tirer parti de la petite difformité et prétend être frappé d'une incapacité complète du membre blessé. Un examen soigneux permettra de montrer l'exagération.

716. — La *perte totale de la jambe* est estimée en Autriche

(1) Biox. Th. Paris, 1898-99.

créer une incapacité de 40 0/0; en Allemagne, 50 à 75 0/0; par G. Brouardel, 50 à 80 0/0; 50 à 75 0/0 par les tribunaux français, rarement davantage. Cette dernière estimation semble réparer le tort causé. Il n'y a pas lieu de distinguer entre les deux jambes. Si le port d'une jambe de bois est impossible, l'incapacité est presque complète et 80 à 90 0/0 ne constitueraient qu'une évaluation plutôt au-dessous de la vérité.

b) *Pied.*

717. — Les *mouvements principaux* du pied sont la flexion et l'extension dont l'amplitude, de la flexion forcée à l'extension complète, est de 78°. C'est l'intégrité de ces mouvements qui permet la marche et la station debout sans fatigue, ni douleurs. *Les autres mouvements accessoires : rotation sur l'axe vertical, élévation et abaissement du rebord plantaire, mobilité des orteils, sont des mouvements de luxe* (Becker), sauf dans certaines professions spéciales, celles par exemple où l'ouvrier est obligé de monter fréquemment sur des échelles. Un pied ne jouissant pas des mouvements de flexion et d'extension est cependant susceptible encore de rendre de réels services; seule la marche *prolongée* sera difficile.

718. — Tous les *traumatismes de l'articulation du coup de pied* agissent précisément en gênant le pied dans ses principaux mouvements. Il persistera parfois des troubles tenaces, à la suite d'une entorse tibio-tarsienne un peu grave, avec déchirure des ligaments, ou après une fracture de l'extrémité inférieure du péroné.

Il y aura lieu de tenir compte, dans l'examen de ces faits, de deux observations importantes. La première, c'est que *les traumatismes de cette région peuvent laisser après eux des déformations osseuses et articulaires parfois très accentuées, alors que les troubles fonctionnels ne sont pas en rapport avec ces lésions anatomiques:* le blessé voudra parfois exploiter la difformité et accusera une impotence qui n'existera pas en réalité, ainsi qu'on pourra s'en assurer par l'absence de

troubles trophiques, par l'étendue des mouvements passifs constatés dans des examens faits à diverses reprises et à des *heures différentes de la journée.* La seconde observation est que *les lésions du pied ont des retentissements fréquents sur le genou et la hanche.* Il est rare qu'une déviation du pied, occasionnant une attitude défectueuse, ne cause pas des douleurs dans les articulations supérieures, douleurs dont ne pensera pas toujours à se plaindre le simulateur.

719. — L'*ankylose du pied* constitue une incapacité peu notable lorsque le pied est fixé à angle droit sur la jambe, ou si l'ankylose est légère ; au contraire il y a incapacité marquée si le pied est immobilisé en extension ou en flexion très accusée. Dans le cas d'ankylose à angle droit, on peut estimer l'incapacité de 15 à 20 0/0 au maximum, selon la profession (G. Brouardel : 10 à 25 0/0, sauf les professions intéressant le membre inférieur ; Golebiewski : 33 1/3 0/0 *au maximum)* Si la marche nécessite une canne et ne peut se prolonger, on pourra élever le chiffre en tenant compte des aptitudes du blessé, de son âge, de sa facilité à trouver du travail.

720. — Dans la *perte totale du pied* ou la *perte partielle* par amputation (Chopart, Lisfranc, Pyrogoff, etc.), le moignon peut parfois constituer un solide point d'appui, surtout *lorsque la cicatrice se trouve bien placée, n'est ni douloureuse, ni adhérente.* On peut diminuer d'un tiers les évaluations données pour la perte de la jambe. Golebiewski, dont les évaluations sont généralement élevées, estime l'incapacité à moitié seulement de celle causée par la perte de la jambe et, de 80 0/0, descend à 40 0/0. La loi italienne estime la perte d'un pied à 50 0/0.

721. — Les *lésions du tarse et du métatarse* peuvent présenter tous les degrés et toutes les combinaisons possibles. Pour les évaluer, on se basera sur la gêne en résultant pour la marche et la station debout. Les *fractures de l'astragale* et du *calcanéum* peuvent parfois causer des incapacités perma-

nentes équivalant presque à la perte du pied à cause des douleurs occasionnées par la marche. *Le pied plat traumatique* est évalué de 33 1/2 à 50 0/0 par Golebiewski, chiffre qui semble élevé.

Les *fractures du métatarse* (pied forcé ou choc direct) guérissent souvent lentement ; il peut persister une difficulté de la marche occasionnant une incapacité permanente partielle que, dans un cas, M. le Professeur Fargues, tout en prévoyant une amélioration ultérieure, a estimée entre 20 et 25 0/0 (1).

722. — Les *lésions des orteils* ne gênent que bien peu la marche, lorsque le pied est par ailleurs en bon état. La perte d'un orteil isolé peut être considérée comme ne créant aucun degré d'incapacité, sauf cependant quand il s'agit du *gros orteil* qui est estimé par le tarif autrichien 10 0/0 ; c'est le chiffre adopté par Golebiewski et par la jurisprudence allemande, et celui qui nous semble juste ; la loi italienne accorde 5 0/0 seulement ; G. Brouardel estime cette perte entre 10 et 20 0/0, sauf dans certaines professions spéciales. La *perte d'une seule phalange* d'un ou de plusieurs orteils ne constitue pas d'incapacité (Autriche, Allemagne, Italie). La *perte de plusieurs orteils* ou de tous les orteils peut être estimée entre 20 et 30 0/0 au maximum. Le tarif autrichien accorde dans ces cas 30 0/0 ; Golebiewski, 20 à 25 0/0. Dans les décisions allemandes rapportées par Becker nous trouvons les chiffres de 10, 15 0/0 pour la perte de deux et trois orteils. Les tribunaux semblent constamment refuser une indemnité quelconque pour un orteil isolé ou pour une phalange amputée même à plusieurs orteils simultanément.

(1) Coulet. Th. doct., Montpellier, 1901-02.

CHAPITRE VI

La révision.

Droit commun et aggravation d'une infirmité post-traumatique.—La loi de 1898.—Aggravation ou atténuation prévue.—Conditions pour obtenir la révision. — Le changement doit être non prévu, et doit découler de l'accident. — Importance de la spécification exacte de l'état de la victime dans le rapport d'expertise. — L'insuffisance du délai de trois ans. — Amélioration et aggravation progressives. — Inconvénients du système français.

723. — La jurisprudence de droit commun admet bien que la personne victime d'un accident base une action nouvelle en dommages-intérêts sur l'aggravation de son état d'infirmité. Mais, par contre, elle n'autorise pas l'auteur de l'accident à exercer une répétition contre la victime sous prétexte que celle ci a vu disparaître son incapacité de travail (Ferrette et Laval).

Il n'était pas équitable de conserver cette contradiction en ce qui concerne la réparation des accidents du travail. Aussi la loi de 1898 admet la révision de l'indemnité accordée pour incapacité de travail jugée permanente. L'article 19 fixe les conditions de cette révision :

Article 19. — La demande en révision de l'indemnité, fondée sur une aggravation ou sur une atténuation de l'infirmité de la victime ou son décès par suite des conséquences de l'accident est ouverte pendant trois ans à dater de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision définitive.

Pour comprendre les conditions dans lesquelles pourra

être demandée la révision, il faut voir la façon dont les différents tribunaux ont interprété cet article.

724. — Une infirmité peut s'aggraver progressivement ou au contraire tendre peu à peu vers l'amélioration. *Si cette aggravation, si cette amélioration sont dans l'ordre naturel des événements, la révision ne peut être demandée*. L'ouvrier qui base sa demande devra faire la preuve d'une aggravation non prévue lors de la décision judiciaire ou de la convention primitive, et postérieure à celle-ci; il doit de plus établir que cette aggravation est bien la conséquence de l'accident et enfin qu'elle a pour effet d'augmenter l'inaptitude au travail. De même, le patron qui veut faire diminuer la rente n'aura pas à prouver seulement qu'il y a une amélioration; il lui faudra de plus établir que cette amélioration ne pouvait être prévue. Ainsi, dans un cas où le demandeur voulait faire la preuve que des moignons de doigts amputés étaient bien cicatricés, et que les cicatrices n'étaient pas douloureuses, la Cour de Dijon (27 avril 1903) a déclaré qu'il n'y avait pas de fait nouveau et a repoussé la demande en réduction de rente (1).

725. — Nous avons dit que l'aggravation devait être la conséquence de l'accident lui-même. On admet généralement que, si la diminution de capacité est due soit à un traitement défectueux subi par l'ouvrier, soit au contraire à un refus de traitement rationnel, l'ouvrier n'est pas fondé à demander l'augmentation de son indemnité. La Cour d'appel d'Aix (2) (17 janvier 1903) a jugé que

L'aggravation due au traitement défectueux que l'ouvrier a cru devoir suivre ne peut être considérée comme une conséquence normale de l'accident et ne peut dès lors donner droit à une révision.

De même SACHET estime que l'ouvrier qui, pour avoir

---

(1) *Rec. spéc. accid. trav.*, mai 1903.
(2) *Rec. spéc. accid. trav.*, fév. 1903.

refusé une énucléation de l'œil, se voit atteint d'ophthalmie sympathique ne peut demander la révision car cette aggravation était prévue. En un mot, l'augmentation ou la diminution dans la capacité de gain ne sont qu'une condition absolument accessoire de la révision. *L'élément indispensable, c'est le fait nouveau,* imprévu, ayant changé la condition de la victime.

726. — Nous avons signalé cette question plus juridique que médicale à cause de l'importance considérable qu'elle donne à la *spécification exacte de l'état de la victime dans les rapports d'expertise.* Sur quoi se baser pour admettre ou rejeter une instance en révision, si l'état de la victime n'est pas très exactement déterminé avec toutes ses conséquences possibles? Comment l'expert, nommé par le juge de la révision, pourra-t-il déclarer que l'aggravation d'infirmité, que l'amélioration actuelles sont normales; que le décès est bien la conséquence des lésions antérieurement constatées?

727. — On peut se demander *si le délai de trois ans est suffisant.* Sans doute, dans beaucoup de faits, l'aggravation se sera montrée dans ce délai; mais nous avons vu pourtant que bon nombre de maladies post-traumatiques se manifestaient seulement après un long intervalle. En particulier, les traumatismes intéressant le système nerveux sont parfois séparés d'accidents graves par une longue période où ne se montre aucune manifestation morbide quelconque. On pourrait facilement trouver d'autres affections; sténose du pylore, cardiopathies, où l'apparition des premiers troubles sérieux ne se fera que plusieurs années après le traumatisme subi : le délai de trois ans sera donc insuffisant dans un certain nombre de cas. C'est là pour nous un vice capital de notre système.

Tous les médecins qui ont fréquenté le monde ouvrier savent que toute infirmité crée une gène qui, plus ou moins marquée au début, devient de plus en plus minime pour, à

un moment, disparaître souvent complètement par suite de l'accoutumance. Certaines cicatrices douloureuses d'abord prennent peu à peu une apparence dure et insensible. Tel individu, absolument incapable de se livrer pendant plusieurs heures à son travail antérieur, pourra, après quelques années, présenter des améliorations qui, quoique normales, sont au dessus de toute prévision. Les exemples sont nombreux. Il n'est pas de praticien qui n'ait souvenance de quelques cas analogues. Dans les auteurs allemands, nous trouvons la relation de jugements ayant reconnu une incapacité égale à 90 0/0 chez des ouvriers, dont l'incapacité s'est successivement abaissée à 50, à 20, à 15 0/0 ; quelquefois même, la capacité de travail est revenue absolument complète. Parfois, c'est l'inverse qui s'est produit ; tel qui, au début, n'avait subi qu'une faible dépréciation, voit peu à peu son incapacité augmenter et devient totalement invalide. Il y a une injustice flagrante à ce qu'un ouvrier, dont le gain sera quelquefois supérieur à ce qu'il était avant l'accident, touche, de plus, une rente calculée sur une infirmité qui a disparu ou ne lui occasionne plus aucune gène. Non moins injuste est la situation de celui qui reste avec une indemnité insuffisante, ou même sans aucune ressource, parce que l'aggravation n'est venue que quatre ou cinq ans après l'accident ou qu'il n'y a pas eu ce fait nouveau exigé par les tribunaux pour proncer la révision.

728. — L'équité est dans le système allemand et *consiste à réviser chaque année la rente* accordée à l'ouvrier. Au fur et à mesure que son incapacité diminue, l'indemnité annuelle subit la même progression décroissante. Si au contraire, une aggravation se produit, si, au lieu de l'amélioration prévue, l'incapacité de travail augmente, on accordera aussi un dédommagement plus élevé. Voici deux exemples pris entre cent qui montrent l'intérêt de ces évaluations successives ; nous les emprunterons à Golebiewski (1).

(1) Traduction Riche.

Un ouvrier avait présenté une fracture compliquée de la clavicule, le 9 juillet 1892. A la reprise de son travail, le 13 juillet 1893, il lui fut attribué une rente de 50 0/0. Cinq ans après, en juillet 1898, l'amélioration était telle que la rente fut diminuée de moitié.

Dans le second cas, il s'agit d'une fracture du tiers inférieur du bras droit avec ankylose consécutive du coude, qui fit accorder une rente de 33 0/0, le 13 mai 1888, un an après l'accident; cette rente fut ramenée à 15 0/0, quelques mois plus tard; et, six ans après, on constatait que l'homme, complètement valide, faisait exactement le même travail que tout autre ouvrier.

729. — Dans notre pratique personnelle, nous avons relevé de nombreux faits d'ouvriers continuant à toucher une rente avec un salaire supérieur parfois à celui qui existait avant l'accident. On a voulu objecter à la révision annuelle de la rente, l'impossibilité de laisser peser sur le patron cette menace d'aggravation toujours possible de ses charges. Mais qu'importe? *Ce qu'il faut, c'est que l'indemnité accordée à la victime d'un accident soit équitable et corresponde exactement au tort qui lui est causé.* S'il n'y a pas de système qui ne présente des inconvénients, il n'en est pas moins vrai que la solution la plus juste est la solution allemande. Nous ne désespérons pas de la voir un jour ou l'autre introduite dans la loi française.

730. — La législation actuelle présente une *difficulté dans son application.* L'ouvrier qui sera victime d'une aggravation saura bien retrouver son patron et lui demander le supplément d'indemnité auquel il a droit. Le patron, au contraire, ne sera informé que tout à fait par hasard, et bien rarement, de l'amélioration de l'état de la victime. La nouvelle modification pendante devant le Sénat prévient cet inconvénient et y remédie. L'article 19 porte :

Au cours des trois années en dedans desquelles peut s'exercer l'action en révision, le chef d'industrie sera autorisé à faire visiter trimestriellement la victime de l'accident dans les termes déjà prévus en l'article 4 de la présente loi.

Nous savons que l'article 4 prévoit la visite du blessé par

un médecin désigné par le patron auquel le juge délivre un simple visa.

Le vote de cette disposition sera un progrès nouveau et un pas fait dans la voie de la justice. D'autres améliorations resteront à apporter. Comme l'a dit M. Mirman, « la loi de 1898 « est loin d'être parfaite et il faudra y apporter de nombreuses « retouches. »

RAPPORTS MÉDICAUX

EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

1. — Hernie prétendue par effort.

Nous soussignés, RUYSSEN, DEWÉVRE, LANCRY, ancien interne des hôpitaux de Paris, tous trois docteurs en médecine, demeurant à Dunkerque,

Commis par jugement du Tribunal de D... en date du 19 décembre 1902,

A l'effet de « procéder à l'examen corporel de B..., ouvrier perceur à D..., de dire s'il est ou non atteint de hernies, si elles ont le caractère de hernies de force ou de hernies de faiblesse; si elles sont survenues à la suite immédiate de l'accident dont B... a été victime, ou si elles sont la conséquence directe et inévitable du dit accident, et, dans l'affirmative, dans quelle mesure la capacité professionnelle de B... se trouve atteinte et réduite par les dites hernies. »

Serment préalablement prêté, le 19 février, entre les mains de M. P..., Président du Tribunal,

Nous avons procédé à la mission qui nous était confiée :

Examen du dossier. — De l'étude du dossier que nous avons faite nous retenons entre autres renseignements que B... aurait été atteint, lors de son accident, « de deux hernies dites de force, l'une du côté droit, l'autre du côté gauche. »

Premier examen corporel. — Ce premier examen corporel a eu lieu le 27 février, à trois heures de l'après-midi, dans le cabinet de consultation du Dr D... Étaient présents Maître L... avoué qui nous a remis un certificat du Dr V... en date du 8 novembre 1901, et Maître M..., qui nous a remis une « note pour MM. les experts » signée L. P..., agent d'assurances.

B... est un homme vigoureux, bien musclé, bien bâti, de 1 mètre 74 de stature, ayant fait son service militaire dans l'artillerie de

forteresse. Il est âgé de 35 ans. Antérieurement à l'accident qui l'amène devant nous, il n'a jamais été, nous dit-il, ni blessé ni malade.

Mais, depuis cet accident du 22 octobre 1901, il a été blessé une seconde fois d'une fracture de jambe (22 déc. 1901) pour laquelle il a passé 78 jours à l'hôpital. Cette fracture lui a laissé une infirmité partielle, pour laquelle un arrangement à l'amiable a eu lieu avec l'employeur, qui paie à B... 15 0/0 de son salaire la première année et 10 0/0 les années suivantes.

Depuis sa sortie du service militaire, B... n'a pas été appelé à passer un Conseil de révision quelconque qui pourrait nous fournir des renseignements utiles.

De son métier, B... était surtout « ouvrier fileur ». Depuis deux ans, il s'est embauché aux Chantiers de France où il a successivement travaillé comme manœuvre, perceur ou chef d'équipe.

Voici le récit que nous fait le blessé. Nous avons eu soin de bien faire préciser les détails importants.

C'était le 22 octobre 1901, à cinq heures du soir, c'est-à-dire une heure avant le fin de la journée de travail. B... marchait sous les ordres d'un traceur. Il s'agissait de remiser dans un hangar des plaques de tôle que déchargeait un navire. Ces plaques de tôle pesaient chacune de 600 à 1200 kilog. Elles étaient enlevées par une grue qui venait les déposer sur de petits wagonnets. Ces wagonnets roulaient sur rails, poussés chacun par quatre hommes. La petite voie ferrée sur laquelle roulaient les wagonnets, entrait directement sous le hangar mais, à un endroit, tournait à angle droit. — B... était un des quatre hommes qui poussaient un wagonnet. Quand celui-ci arriva sous le hangar, au coude de la voie ferrée, il exigea un effort plus considérable. C'est en faisant cet effort que l'accident s'est produit.

Il importe que nous nous rendions bien compte de l'effort produit. Dans ce but nous choisissons un meuble ayant sensiblement la hauteur de la plateforme du wagonnet, et nous prions B... de nous représenter, aussi exactement que possoible, son attitude et le mouvement effectué. Il résulte de la position prise que le corps était penché en avant, ne se prêtant guère à un effort vigoureux et que les jambes étaient peu écartées.

Voici la description très précise de l'accident : B... poussait son wagonnet quand arrivé au coude de la voie il dit : « Je suis blessé » : il cesse de travailler et reste debout en attendant la fin de la journée (il était 5 heures du soir). Il s'en retourne à pied à son domicile mais il boitait un peu.

B... reconnaît qu'aussitôt l'accident produit, il n'a pas porté la main sur la région blessée et il ne se rappelle même pas le moment où il a exploré la région où il souffrait et il ne peut dire, notamment, si c'est le jour même ou le lendemain de l'accident qu'il a constaté

sa hernie. Mais quand il l'a constatée il a senti une grosseur « comme son pouce ».

Les tumeurs herniaires ressemblant, en général, assez mal au pouce que nous montrait B... nous tâchons de lui faire préciser le siège exact de cette tumeur. Ces renseignements sont vagues, diffus; pourtant après avoir montré différents points de la région inguinale droite, B... arrête le doigt sur l'orifice inférieur du canal inguinal là où porte la pelote de son bandage.

Le lendemain de l'accident, B... s'en va à pied aux Chantiers, se déclare blessé et s'en vient chez le Dr H... qui lui conseille de se reposer quelques jours. Nous demandons si, à ce moment, la grosseur existait encore dans l'aine? B... ne s'en rappelle pas; si le Dr H... a fait des manipulations quelconques notamment pour rentrer la hernie? B... dit que le Dr H... n'a fait aucune manœuvre pour réduire la hernie. Quelques jours plus tard B... revient chez le Dr H... qui prescrit un bandage inguinal droit.

B... reprit son travail « mais un travail plus doux », trois semaines après l'accident. Quelques jours plus tard, il était pris de coliques et de douleurs abdominales assez fortes. Le Dr R... appelé prescrivit des cataplasmes et un purgatif et du repos.

C'est peu après cette alerte, que B... attribue à sa hernie, qu'eut lieu la consultation et le certificat du Dr V... — B... la demanda parce qu'il voulait se réserver de pouvoir, en cas de besoin, faire valoir tous ses droits à une indemnité.

Sur ces entrefaites il se casse la jambe et entre à l'hôpital.

Depuis la guérison de la fracture de jambe, B... a fait de nombreuses démarches pour être réembauché aux Chantiers. Il s'est adressé au Directeur, aux chefs de chantier, aux contremaîtres, il a écrit plusieurs lettres à cet effet. On lui a toujours répondu qu'il n'y avait pas d'ouvrage. Il est vrai, nous apprend le blessé, qu'il demandait un travail plus doux mais avec le même salaire qu'autrefois. Aussi B... passe son temps à servir le client dans le petit magasin d'épiceries qu'il tient.

Avant de faire déshabiller le blessé nous lui faisons remarquer que le dossier qui nous a été remis parle de deux hernies, l'une à droite, l'autre à gauche? B... nous répond qu'il n'a jamais rien ressenti ni éprouvé à gauche; c'est en allant passer la visite chez le Dr V... que cette seconde hernie lui a été révélée.

Nous demandons encore si cette hernie est douloureuse? B... nous répond qu'il souffre souvent de douleurs supportables, mais qu'il a eu quelques poussées plus aiguës, par exemple, quand il a fait appeler le Dr R...; par exemple encore, pendant son séjour à l'hôpital.

La moitié inférieure du corps étant mise à nu, nous faisons l'examen objectif.

Il y a du côté droit un bandage inguinal dont la pelote, pressée

par un ressort assez énergique, appuie sur l'orifice inférieur du canal inguinal. En cet endroit, il y a une certaine dépression qui moule la pelote herniaire et qui est due à l'action de celle-ci. Le bandage est régulièrement porté depuis qu'il a été prescrit par le Dr H...

Ce bandage enlevé nous ne voyons aucune tumeur herniaire apparente. Nous demandons si la hernie « sort » souvent. « Elle n'a sorti qu'une seule fois depuis l'accident », nous dit le blessé.

Nous lui demandons de tousser : nous constatons au moment de la toux à droite et à gauche une voussure très légère, insignifiante, ne dépassant pas ce qu'on peut rencontrer physiologiquement chez un homme qui tousse, au niveau des régions inguinales.

A tour de rôle nous appliquons le doigt sur les anneaux inguinaux à droite et à gauche et nous faisons tousser le malade. Aucun de nous ne perçoit la sensation d'un choc produit par une tumeur herniaire ou par une pointe de hernie.

Nous explorons l'orifice inguinal inférieur entre les deux piliers : le doigt n'y entre pas, les deux piliers sont serrés, normalement rapprochés.

Nous invitons B... à prendre la position accroupie, comme pour la défécation et à faire effort pour rendre sa hernie apparente ou perceptible au doigt. B... exécute ce mouvement, fait des efforts, après lesquels nous recommençons notre examen : aucun de nous ne perçoit de hernie même à l'état de pointe de hernie.

Nous reconnaissons dans les bourses un léger degré de varicocèle à droite.

Nous faisons coucher B... sur une chaise longue et nous explorons la fosse iliaque droite. Cette fosse iliaque droite est sensible et même douloureuse à la pression, mais cette sensibilité et douleur anormales, qu'on ne retrouve pas dans la fosse iliaque gauche, siègent en dehors de la région herniaire. Elle est manifestement étrangère à une hernie inguinale ou crurale de ce côté ; elle est également étrangère au port du bandage.

Conclusion du premier examen. — Il résulte de ce premier examen qu'aucun de nous ne trouve de hernie ou de pointe de hernie, et cela, après avoir épuisé chacun à tour de rôle, tous les moyens de la découvrir. B..., à qui nous faisons part de ce résultat négatif, nous dit que c'est le port du bandage qui empêche la hernie de sortir.

Nous lui demandons s'il consentirait à enlever son bandage pendant quelques jours ; après quoi, nous procéderions à un second examen. Si d'ici le second examen, la hernie sortait ou devenait apparente il lui suffirait de nous faire prévenir, et, tout au moins l'un de nous irait immédiatement à son domicile pour faire la constatation.

B... accepte notre proposition et nous le congédions. Nous décidons aussi de nous renseigner auprès du Dr H... qui a soigné le blessé peu après son accident.

Pièce et certificat. — Et avant de nous séparer, nous prenons connaissance des pièce et certificat remis par les avoués. Nous les étudions, les discutons et les apprécions.

Deuxième examen somatique — Le 4 mars, à 3 heures, B... vient nous retrouver chez le Dr D.... Il a eu soin de retirer son bandage herniaire depuis notre premier examen. Et aucun de nous n'a été averti de se transporter à son domicile dans l'intervalle des deux examens.

Chacun de nous, successivement et à tour de rôle, examine B... en employant tous les procédés classiques d'exploration pour la reconnaissance des hernies. Nous regardons, nous touchons, nous palpons B... en lui faisant prendre toutes les positions diverses et en lui faisant produire des efforts : aucun de nous ne constate de hernie soit nettement constituée, soit seulement à l'état de pointe de hernie. Et cela, ni à l'ombilic ni dans les régions inguinales droite ou gauche, ni dans les régions crurales droite ou gauche.

Mais en faisant coucher B... sur une chaise longue nous retrouvons une certaine sensibilité et une certaine douleur dans la fosse iliaque droite, douleur et sensibilité déjà constatées et qui n'ont rien de commun avec une tumeur herniaire constituée ou en voie de formation.

Conclusion du second examen. — Nous sommes tous trois d'avis qu'il n'y a aucune hernie. Pourtant avant d'arrêter définitivement nos conclusions, nous demanderons des renseignements au médecin traitant, Mr H...

Renseignements auprès de Mr H... — Le Dr H... ayant vu et soigné le blessé au moment de l'accident et lui ayant prescrit un bandage, il nous a paru sage de prendre des renseignements auprès de lui. Il nous a dit : « Que la hernie lui a paru douteuse; mais qu'il a admis la possibilité que, dans les efforts du travail, il s'en produise une pointe; et, par mesure de précaution, cet homme se plaignant à cet endroit, il lui a prescrit un bandage. »

Conclusion. — Il résulte de tout ce qui précède que :

1° L'effort générateur de la prétendue hernie ne semble pas avoir été puissant ni produit dans les conditions favorables à la formation d'une hernie;

2° Que l'accident a été tel que le blessé n'a pas éprouvé le besoin de porter la main à la région blessée;

3° Que les renseignements donnés par le malade sur « la grosseur de l'aine » sont flous, vagues, en tous cas insuffisamment précis; — qu'ils cadrent fort peu avec les constatations directes faites sur le malade; qu'ils s'appliquent aussi bien à une autre lésion, par exemple à une adénite inguinale ou à un engorgement cœcal qu'à une hernie;

4° Que le médecin traitant, consulté le lendemain, n'a pas cons-

taté positivement de hernie. Il l'a trouvée douteuse et a prescrit un bandage par mesure de précaution;

Enfin et surtout :

5° Que nous n'avons constaté chez B... le 27 février 1902, aucune hernie ni crurale, ni inguinale, soit à droite soit à gauche, ni ombilicale, alors que cet homme portait un bandage inguinal droit;

6° Que, le 4 mars 1902, alors qu'il avait retiré son bandage depuis cinq jours, nous n'avons constaté, ni à droite ni à gauche, ni hernie ni pointe de hernie ni tumeur herniaire d'aucune sorte chez B...

En conséquence nous répondons, ainsi qu'il suit, aux questions posées.

Réponse aux questions. — Nous répondons : B... n'a aucune hernie.

2. — Hernie chez un prédisposé.

Dispensé du serment, du consentement des parties, j'ai procédé aux opérations prescrites. J'ai pris connaissance du dossier. J'ai convoqué les parties en mon cabinet et j'ai examiné D... Celui-ci affirme que le 15 mars 1902 soulevant un tonneau d'asphalte pesant 75 kilogs pour le placer sur une table haute environ d'un mètre, il ressentit une violente douleur à l'aine gauche et malgré tout son courage ne put continuer son travail. Que le docteur C... chez qui il se présenta le surlendemain 17 mars conclut à une hernie, que les médecins par qui il avait été examiné estimaient une opération nécessaire et avaient en attendant recommandé à D... le port d'un bandage inguinal double. Il résulterait au contraire de la déclaration du docteur C... et de ce que D... a reconnu devant nous que le jour même il avait continué son travail et qu'il ne l'aurait interrompu que le lendemain; D... affirme néanmoins que depuis son accident malgré le port d'un bandage inguinal double, il ne peut travailler à cause de coliques, de maux d'estomac, d'envies de vomir qui seraient causées par ses hernies. En examinant D... nous avons constaté 1° *du côté gauche* l'existence d'une hernie inguinale peu volumineuse à peine perceptible par la palpation à l'état de hernie pubienne tout au plus. L'anneau inguinal gauche est dilaté et peut admettre facilement le doigt; celui-ci perçoit dans la toux et les efforts le choc de l'intestin; 2° *du côté droit* il existe un état de faiblesse de l'anneau inguinal qui est très dilaté et qui admet l'introduction du doigt mais il n'y a ni saillie appréciable à la vue, ni tuméfaction reconnaissable à la palpation et réductible; tout au plus le doigt introduit dans le trajet, ressent-il un peu d'impulsion dans la toux et dans les efforts. Il existe donc une hernie inguinale double pubienne à gauche, à l'état de pointe de hernie du côté droit. Les deux hernies s'accompagnant d'une large dilatation des

anneaux et étant habituellement bien contenues par un bandage inguinal double, la dilatation des anneaux doit être considérée comme indice de la faiblesse des régions inguinales, prédisposant à l'apparition des hernies et non comme une conséquence de ces hernies. Il s'agit donc de hernies auxquelles D... était prédisposé par une faiblesse préexistante des régions inguinales droite et gauche. Pour ce qui est du rôle que l'accident du 15 mars 1902 peut avoir eu dans la production de ces hernies, il est certain qu'un effort subit et violent comme celui qu'a fait D... en soulevant le tonneau d'asphalte peut déterminer l'apparition des hernies auxquelles le sujet était seulement prédisposé, et il est possible qu'il en ait été ainsi pour D... Il faut faire observer que les vraies hernies de force, qui résultent d'un accident se produisent le plus souvent d'emblée, avec un volume plus considérable, et qu'elles déterminent aussitôt des douleurs et des phénomènes que D... n'a pas présentés puisqu'il a pu continuer son travail le jour même. Quant aux troubles gastriques et intestinaux dont se plaint actuellement D... ils ne sont nullement sous la dépendance de ses hernies, qui, petites comme elles le sont et contenues par un bandage, ne peuvent déterminer les douleurs vives et les phénomènes gastriques dont il se plaint et qui ne peuvent l'empêcher de se livrer à un travail fatigant et exigeant des efforts.

L'incapacité de travail qui résulte de l'existence des hernies de cet ordre provient, en effet, uniquement des dangers auxquels le sujet qui les porte serait exposé par un accroissement subit de volume au moment d'un effort et non des douleurs et des troubles fonctionnels que détermine l'existence de la hernie.

Conclusions. — 1° D... est atteint de deux petites hernies inguinales à l'état de hernie pubienne à gauche, de pointe de hernie à droite ; 2° ces hernies sont bien contenues par un bandage inguinal double ; dans ces conditions elles ne constituent une cause d'incapacité de travail, que par les dangers éventuels que pourrait déterminer leur brusque sortie dans un effort. D... peut d'ailleurs se débarrasser de ses hernies par une opération chirurgicale simple et qui ne présente que des risques très peu considérables ; 3° Sans nier que l'effort produit par D... le 15 mars 1902 puisse avoir été pour quelque chose dans l'apparition de ces hernies et surtout de la hernie gauche, il est certain que D... était prédisposé à l'apparition de ces hernies par la faiblesse des plans anatomiques de sa paroi abdominale et la conformation défectueuse de celle-ci. L'accident du 15 mars 1902 n'est donc que dans une très faible mesure la cause d'une infirmité qui devait tôt ou tard se produire. En admettant donc que la capacité professionnelle de D... soit réduite de 1/5 par l'existence de ces hernies, la part qui reviendrait à l'accident dans la production de cette incapacité partielle, ne

saurait être évaluée à plus de la 10e partie de cette incapacité elle-même, à 1/50e tout au plus de l'incapacité totale par conséquent. 4° L'époque de la consolidation de la blessure peut être fixée à 15 jours environ après l'accident.

3. — Pneumonie post-traumatique. — Mort.

Je soussigné Gustave Ollive, Professeur à l'École de Médecine de Nantes, expert nommé par arrêt de la Cour de Rennes en date de 3 juin 1902 qui est ainsi conçu :

« Commet le docteur Ollive qui prendra tant auprès des personnes qui ont donné des soins à Le J... avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, que des infirmiers et des docteurs qui l'ont examiné, et partout où il le croira utile, tous les renseignements nécessaires pour fixer s'il y a une relation entre l'accident du 7 mai et la pneumonie qui a occasionné la mort. »

Certifie avoir procédé à la mission qui m'avait été confiée en interrogeant le docteur D..., la femme Le J... et sa belle-sœur, en relevant sur les registres de l'Hôtel-Dieu les dates auxquelles Le J... est entré à la salle 11 et ensuite passé à la salle 6, enfin en prenant connaissance de toutes les pièces du dossier, en particulier des certificats médicaux, et fait connaître mon opinion en mes conclusions dans le rapport suivant :

La première question que l'on peut se poser est la suivante : Le J... est-il mort d'une pneumonie ? L'affirmation du docteur Mahot, médecin de l'Hôtel-Dieu de Nantes, me paraît suffisante car tous connaissent la science et la précision de diagnostic de ce médecin, et je ne saurais mettre en doute la sûreté de son observation. Il est à regretter, toutefois, que dans des cas semblables une autopsie ne soit pas pratiquée, elle permettrait encore d'être plus affirmatif sur le diagnostic de la maladie et éclairerait peut-être aussi la genèse de l'affection.

L'autopsie aurait, sans doute, pu fournir des renseignements permettant de répondre à la deuxième question qui se pose : la pneumonie de Le J... était-elle une pneumonie traumatique ?

Y a-t-il eu fracture des côtes ? Y a-t-il eu déchirure du tissu pulmonaire ? Autant de questions sur lesquelles il n'est guère possible d'être éclairé aujourd'hui.

Le J... a fait une chute au fond de la cale d'un bateau que l'on déchargeait et s'est fait des contusions multiples, dit le Docteur D... mais il put cependant, le jour de l'accident, reprendre son travail et terminer sa journée. Ce n'est que le lendemain qu'il va demander un bulletin pour se rendre chez le médecin de l'assurance. Quel est le jour exact de l'accident ? Est-ce le 7, comme on le dit dans plusieurs pièces de la procédure ? Est-ce le 6, comme on le dit dans le

certificat du Dr Manor et comme dit aussi la femme Le J...? La précision de date peut, dans des cas similaires, avoir son importance. Quoiqu'il en soit, ce n'est que le 15 que le blessé entre à l'Hôtel-Dieu.

Quel diagnostic portait le certificat apporté à l'appui de la demande d'admission? Je l'ignore, mais il devait être tel qu'il conduisit le malade dans un service de chirurgie. Le 17, on le fait passer dans un service de médecine, dans le service du Docteur Manor qui le visite le 18, diagnostique une pneumonie, le visite de nouveau le 19 et porte un pronostic fatal. Alors, la femme Le J... enlève son mari de l'Hôtel-Dieu pour le conduire chez elle. Le soir il mourait.

Je dois dire que j'ai retrouvé le certificat d'indigence que délivre le commissaire de police à tout malade voulant entrer à l'Hôtel-Dieu. Ce certificat est daté du 14. Le 14, Le J... avait donc résolu d'entrer à l'Hôtel-Dieu; se trouvait-il plus souffrant que dans les jours qui ont suivi immédiatement son accident?

Le J... a succombé à une pneumonie droite, et quoiqu'il soit dit que les contusions ont atteint le côté gauche, il vaut mieux s'en rapporter à ce qu'a écrit le Dr D...: contusions multiples, sans préciser les endroits atteints.

En somme, pour répondre à cette question, la pneumonie de Le J... est-elle une pneumonie traumatique? On ne peut guère aujourd'hui discuter que sur des dates.

Dans un travail très bien fait, très consciencieusement étudié et fortement documenté (Nancy, 1901) le Docteur Urmès relève soixante sept cas de pneumonie traumatique qui lui paraissent bien établis. Dans cinquante-trois cas, la pneumonie s'est déclarée depuis quelques heures jusqu'au deuxième jour après l'accident, plusieurs fois le troisième et exceptionnellement le cinquième jour. Aussi peut-on dire qu'une pneumonie, se produisant après une violence exercée sur le tronc, qui n'apparaît pas dans ce laps de temps, ne peut être considérée comme une pneumonie traumatique.

Le J... fait une chute le 6 mai, j'admets même la date du 7; il n'entre à l'Hôtel-Dieu que le 15, mais on peut même le supposer malade dès le 14, jour où il se fait délivrer le certificat par le commissaire. Peut-on affirmer, dans ces conditions, la relation entre le traumatisme et la pneumonie? Je ne le pense pas, et je conclus :

Tous les renseignements recueillis, toutes les dates précisées ne permettent pas d'établir d'une façon certaine une relation entre l'accident du 7 mai et la pneumonie à laquelle Le J... a sucombé.

4. — Tuberculose post traumatique.

(*Extrait de la thèse* d'Hervouet. *Bordeaux*, *1905*).

Nous, soussignés, docteurs en médecine, M..., J..., M..., experts nommés, dispensés de serment en vertu d'un jugement de M. le Juge doyen faisant fonctions de Président à la date du 11 février 1903, ainsi conçu :

« Nomme MM. J..., M..., M..., lesquels examineront, diront quel était l'état de santé de M... antérieurement à l'accident et quel est son état actuel, préciseront s'il existe une relation de cause à effet entre l'accident survenu le 3 juin 1902 et l'état actuel de M... et dans quelle mesure, estimeront la diminution de capacité de travail qui, pour eux, serait la suite de cet accident ».

Nous nous sommes acquittés de notre mission et nous consignons dans le rapport détaillé qui va suivre le résultat de notre enquête et de notre examen au domicile du blessé :

M... est âgé de 39 ans. Il est marié depuis 15 ans. Il n'a qu'une enfant bien portante, son père est mort d'une fièvre typhoïde. Sa mère a été emportée à l'âge de 48 ans par une maladie qu'il ne précise pas. Il a deux sœurs l'une en parfaite santé qui habite Saint-Florent, l'autre demeure route de Rennes, chez les Dames Augustines, infirme depuis l'âge de 7 à 8 ans.

Avant l'accident du 3 juin 1902, M... n'a jamais été arrêté par une maladie quelconque. Jamais il n'a eu la moindre bronchite. Il avait au contraire, une constitution robuste et une force au-dessus de la moyenne.

Le 3 juin 1902, il était occupé à mettre en ordre des tonnes de sucre du poids de 1.100 kilogs. quand il fut serré violemment contre un mur par l'une d'elles. La tête et la poitrine furent comprimées assez fortement. On voit encore sur le cuir chevelu (région du front) la cicatrice d'une plaie importante produite par le choc.

M... sur le coup perdit connaissance. On lui prodigua des soins immédiats. C'est le lendemain qu'eut lieu la première visite du médecin. Celui-ci nous a affirmé qu'à ce moment il n'existait aucune expectoration et que les résultats de l'auscultation étaient négatifs.

C'est le troisième ou le quatrième jour après l'accident que les crachats sanglants assez nombreux apparurent.

Deux mois environ plus tard, le certificat médical signale des signes manifestes au sommet droit du poumon, contrôlés par un médecin consultant. A cette époque le murmure vésiculaire était affaibli ; il y avait de la toux, de l'amaigrissement de tout le corps, des sueurs faciles, une diminution des forces appréciable.

En octobre une fièvre vespérale continue se déclare ; si bien que

le diagnostic de tuberculose qui n'était que « probable » vu le peu de netteté des signes observés se confirmait de plus en plus.

En décembre, l'état général, aggravé, inspirait à l'entourage et aux médecins eux-mêmes de sérieuses inquiétudes pour l'avenir.

État actuel. — Le corps de M... n'est pas dans un état de maigreur avancée. Il est possible, comme il le prétend, qu'il ait perdu 16 kilogs de poids. Mais le blessé est loin d'être un cachectique, un phtisique dans le sens propre du mot ; de temps à autre, il est sujet à des troubles digestifs, principalement à de la diarrhée, mais cette diarrhée est passagère, peu intense, et peut s'expliquer par la suralimentation à laquelle est soumis le malade.

Nous n'avons pas constaté de fièvre au moment de l'examen. La langue ne présente rien d'anormal.

L'examen du thorax donne les résultats suivants : Muscles assez vigoureux encore, amaigris légèrement. Vibrations augmentées à droite, en avant comme en arrière, diminution et rudesse du murmure vésiculaire, ni râles, ni craquements, ni souffle, mais retentissement de la voix.

Pouls physiologique. Expectoration peu abondante. Appétit assez bon. Sommeil normal. Sueurs faciles, forces amoindries.

Le malade n'est pas alité, peut sortir.

En résumé : M... présente à la partie antérieure de la tête la cicatrice d'une blessure entièrement guérie et consécutive à l'accident.

Il est atteint, en outre, principalement au poumon droit, d'une lésion en voie d'évolution, sur la nature de laquelle il n'y a pas d'hésitation possible. En effet, les symptômes que nous avons décrits précédemment, les malaises, l'état de faiblesse qu'ils accompagnent, la présence du bacille de Koch trouvé dans l'expectoration affirment la nature tuberculeuse de la lésion.

Y a-t-il une relation de cause à effet entre l'accident du 3 juin 1902 et cette tuberculose ?

Si l'on se repporte aux commémoratifs, deux ou trois jours après cet accident, M... a été pris de crachements de sang que le médecin traitant a constatés et soignés.

Ces hémoptysies doivent être considérées comme une manifestation symptomatique d'une tuberculose commençante. Or, d'après les renseignements pris sur l'état de santé du blessé, antérieurement à l'accident, celui-ci était regardé comme un sujet bien portant et valide. Il n'avait jamais été vu malade ; sa profession, il l'exerçait avec régularité et grande activité. Dans ces conditions on ne saurait nier que le traumatisme n'ait eu sa part dans l'éclosion des phénomènes.

Ces rapports du traumatisme avec la tuberculose sont d'ailleurs admis et incontestés. Ils sont en accord parfait avec les données actuelles de la science et avec les renseignements de la clinique et

de l'expérimentation. Mais dans quelle mesure? C'est le point délicat à traiter.

On comprend qu'un traumatisme qui atteint une poitrine déjà malade ne fasse qu'accentuer les progrès du mal, qu'aggraver l'état morbide antérieur. Le dommage causé à celui-ci n'est que relatif et dans une assez faible mesure.

Si, au contraire, la victime a été traumatisée en pleine santé, si jusqu'à la veille de l'accident, elle remplissait les conditions d'une profession même pénible, si tout à coup enfin, d'un homme bien portant, l'accident fait un invalide, on songe naturellement à rendre cet accident entièrement responsable du préjudice causé. Cependant, même dans ce cas, il y a lieu de se demander si la responsabilité doit être entière et non limitée. On admet alors, que le traumatisme seul, sans plaie, chez l'homme ne crée jamais la tuberculose à moins qu'il y ait prédisposition. Il révèle simplement l'existence d'une tuberculose latente, encore faut-il qu'il soit produit dans le voisinage de la lésion préexistante.

En ce qui concerne M... nous croyons unanimement que les hémoptysies survenues dans les jours consécutifs à l'accident, ainsi que les lésions actuelles sont de nature tuberculeuse. Mais, tandis que l'un de nous soutient l'opinion que cet homme, indemne de tuberculose avant l'accident du 3 juin 1902, est devenu tuberculeux par le fait même de l'accident et, par conséquent, que maladie et incapacité de travail résultent directement du traumatisme, les deux autres experts, tout en accordant au traumatisme une part évidente dans la marche de la maladie, ne peuvent écarter de leur esprit cette idée, conforme d'ailleurs aux données de la science et de l'expérimentation, que M... au moment de l'accident, avait une prédisposition à la tuberculose, qu'il était même vraisemblablement tuberculeux sous des apparences de santé et de vigueur constitutionnelle, que le traumatisme a bien pu favoriser l'apparition des hémoptysies en déterminant un état congestif des poumons et donné un libre essor à la tuberculose imminente en amoindrissant la force de résistance du sujet, en un mot, que le traumatisme a été l'agent *révélateur* et non *créateur*.

Pour ces deux experts, l'invalidité de M... est relative. Pour l'évaluer il est nécessaire d'attendre.

Si la maladie, dont les symptômes actuels pour ceux qui ont été à même de faire plusieurs auscultations comparatives sont un peu amendés, se termine par la guérison, il est évident que M..., après un laps de temps difficile à prédire recouvrera la force nécessaire, non pour exécuter des travaux trop pénibles comme par le passé, mais pour travailler dans la mesure de ses moyens.

Même dans cette hypothèse nous évaluons la diminution de sa force antérieure à 33 0/0.

Il est à noter que la guérison serait une preuve à la fois de la

faible prédisposition à la tuberculose du blessé et de la part prépondérante de l'accident dans la détermination de la maladie

5. — Érosion traumatique de la cornée gauche. — Blépharospasme et hémispasme facial gauches. — Conjonctivite de l'œil gauche. — Opacités cristalliniennes doubles.

Je soussigné, Aubineau, docteur en médecine, commis par le Tribunal civil de Châteaulin (Jugement du 22 décembre 1903) à l'effet d'examiner le sieur J... et de dire ;

1° Quelles sont les conséquences de l'accident dont J... a été victime le 2 mai 1903, au point de vue de la capacité professionnelle :

2° Si la blessure de J... est guérie ou si elle a quelques chances de s'amender et dans quel laps de temps ;

3° Si au contraire, la blessure a pris un caractère définitif quant à ses effets ;

4° A quelle date, en ce cas, doit être fixée la consolidation de la blessure ;

5° Enfin, si ce malaise que ressent J... est dû à d'autres causes qu'à l'accident dont il a été victime ;

Dispensé du serment par consentement mutuel des parties ;

Avons procédé le 27 janvier 1904 dans notre cabinet à deux examens successifs de J... (le blessé a été examiné la seconde fois après instillation d'atropine dans chaque œil).

J... a reçu le 2 mai 1903, en travaillant dans une carrière, un éclat de pierre dans l'œil gauche et les médecins qui lui ont donné leurs soins ont seulement constaté une érosion de la cornée gauche.

L'assuré, inintelligent et illettré ne parle que le breton et a une surdité assez prononcée, il joint à cela un certain degré de mauvaise volonté qui est encore une complication. On conçoit que dans ces conditions, nos examens aient été particulièrement difficiles et soient purement objectifs ; malgré tous nos efforts, il nous a été en effet impossible d'obtenir le moindre renseignement subjectif concernant l'état de la vision.

J... semble avoir de la peine à se conduire et à éviter les obstacles ; il découvre son œil droit tandis qu'il ferme constamment l'œil gauche dont les bords sont agglutinés par une sécrétion conjonctivale.

État de l'œil gauche (œil blessé). — Si l'on veut soulever la paupière supérieure gauche pour découvrir l'œil ou qu'on veuille approcher l'œil gauche de la fenêtre ou d'une lumière artificielle, les paupières déjà fermées se contractent violemment (blépharospasme) : en outre la face se crispe du côté gauche, et la commissure

labiale gauche est attirée en haut (hémispasme gauche de la face) :

Les conjonctives palpébrales sont rouges et secrètent (secrétion muco-purulente); la conjonctive bulbaire n'offre rien de particulier, pas d'injection autour de la cornée (injection périkératique). Il n'y a aucune trace de blessure sur les paupières ou sur les conjonctives et l'exploration des culs de sac conjonctivaux ne révèle la présence d'aucun corps étranger.

Il nous faut écarter les paupières mécaniquement après cocaïnisation (écarteurs métalliques) pour pouvoir examiner l'œil lui-même.

La cornée présente dans la région centrale une cicatrice, petite, (2 m/m) irrégulièrement arrondie et superficielle.

L'iris a sa couleur normale et se contracte aisément sous l'influence de la lumière; il n'y a pas d'adhérences de la pupille, dont les contours sont réguliers et dont les dimensions sont physiologiques.

Dans le champ pupillaire, au milieu de la pupille, on remarque, à l'éclairage oblique, des opacités légères du cristallin et de sa capsule antérieure. Ces opacités n'empêchent pas de voir la lueur du fond de l'œil.

Après dilatation de la pupille sous l'influence de l'atropine, nous apercevons des opacités périphériques du cristallin assez accentuées et qui signifient qu'il y a une cataracte en voie d'évolution. Les milieux et le fond de l'œil peuvent être néanmoins examinés à l'ophthalmoscope et n'offrent pas de lésion.

Etat de l'œil droit (œil non blessé). — La cornée droite est transparente dans toute son étendue. La pupille, régulière, a ses réactions normales. Dans le champ pupillaire on remarque les mêmes opacités cristalliniennes qu'à gauche; après atropinisation, on voit que, comme du côté gauche, les zones périphériques du cristallin sont cataractées. Pas de lésions du fond de l'œil.

Il n'y a pas de spasmes des paupières droites; nous sommes cependant obligé d'employer encore l'écarteur métallique en raison de la mauvaise volonté évidente du patient. Bien que l'ouvrier refuse de nous donner des renseignements sur l'état de sa vision, l'œil droit a évidemment une acuité visuelle très réduite et ces opacités du cristallin expliquent la difficulté que semble avoir J.... pour se conduire.

. . . .

Nous constatons chez J... deux sortes de lésions; les unes sont spontanées, les autres sont attribuables ou sont susceptibles d'être attribuées au traumatisme.

1° *Lésions spontanées.* — Les opacités du cristallin (cataracte incomplète) qui se voient dans les deux yeux à un degré sensiblement égal n'ont rien de commun avec un traumatisme ; elles ont tous les caractères des opacités de début d'une cataracte sénile.

(L'ouvrier est âgé de 63 ans). — Ces opacités diminuent évidemment la vision; elles sont très probablement antérieures à l'accident et devaient déjà altérer l'aptitude professionnelle de l'ouvrier au moment de l'accident; en tout cas, elles sont absolument distinctes du traumatisme professionnel qui a été constaté chez J...

2° *Lésions susceptibles d'être attribuées au traumatisme.* — La cornée de l'œil gauche présente, comme nous l'avons dit, une cicatrice cornéenne, superficielle, petite, qui a été évidemment déterminée par une ulcération de la cornée. Nous ne saurions dire quel est l'âge de cette cicatrice; nous ne pouvons pas non plus affirmer que l'ulcération qui lui a donné naissance soit d'origine traumatique. Toutefois, comme il est prouvé que le blessé a eu, du fait de l'accident, une érosion de la cornée gauche qui a forcément laissé une cicatrice; comme d'autre part la cornée ne présente pas d'autre opacité cicatricielle que celle que nous indiquons, il est naturel d'attribuer cette opacité cicatricielle à l'érosion traumatique du 7 mai. Si l'œil gauche de J... était sain, la cicatrice cornéenne constatée produirait une légère diminution de vision; l'action de cette cicatrice sur la vision actuelle du blessé est très difficile à déterminer et est insignifiante en raison de la coïncidence d'une cause plus grave et plus sérieuse de la diminution du pouvoir visuel. (Cataracte).

La conjonctivite de l'œil gauche est-elle la conséquence de l'accident? — Nous ne le croyons pas : il s'agit d'une conjonctivite catarrhale provoquée par une infection banale et fréquente et qui n'est certainement pas une conséquence directe de l'accident. Cette conjonctivite, d'après nos renseignements, n'est pas apparue au moment du traumatisme ou dans les jours qui ont suivi le traumatisme. Nous serions tenté de l'attribuer au manque absolu de propreté et à l'hygiène tout à fait spéciale de J..., qui se lavait tous les jours l'œil à l'aide de compresses trempées dans son urine! Du reste, si la conjonctivite avait été déterminée en même temps que l'érosion cornéenne, elle aurait aggravé la plaie de la cornée et retardé la cicatrisation, or, la blessure de la cornée a eu chez J..., un caractère particulier de bénignité si l'on en juge par le peu d'épaisseur de la cicatrice et l'absence de traces d'iritis (adhérences pupillaires). — Quant aux spasmes des paupières gauches (blépharospasme) et de la moitié gauche de la face (hémispasme facial gauche) qui n'existent que depuis l'accident (renseignements fournis par le médecin qui a donné les premiers soins), nous sommes en droit de les considérer comme une complication de l'érosion de la cornée gauche. Il s'agit là d'une complication post-traumatique d'origine nerveuse qui peut durer fort longtemps et qui se voit plutôt à la suite des blessures superficielles qu'après les blessures profondes ou perforantes du globe oculaire. La conjonctivite, dont l'assuré nous semble

responsable, a pu favoriser l'installation du blépharospasme et peut tout ou moins augmenter son intensité et sa durée. Il est en outre incontestable que J... exagère la difficulté qu'il a à ouvrir l'œil gauche.

En somme, les renseignements dont nous nous sommes entouré et les examens que nous avons faits, nous permettent de poser les conclusions qui suivent.

1° L'érosion de la cornée gauche qui a été constatée chez J..., après l'accident du 7 mai 1903, a probablement causé la cicatrice que nous constatons sur la cornée gauche. Nous admettons qu'elle a provoqué secondairement les spasmes musculaires des paupières et de la face qui sont une cause de gêne constante pour l'assuré.

2° Les complications spasmodiques secondaires à la blessure superficielle de la cornée gauche sont susceptibles de s'atténuer, de disparaître ou de durer un temps indéterminé sans que nous puissions faire de prévisions à ce sujet. L'érosion cornéenne est nettement et définitivement cicatrisée et nous pouvons considérer que la blessure reçue par J..., le 7 mai 1903, est consolidée.

3° Les troubles de cataracte qui existent dans les deux yeux sont indépendants et distincts de l'accident. L'altération grave de la vision qui existe des deux côtés mais que nous n'avons pu déterminer, faute de renseignements subjectifs, dépend des lésions toutes spontanées du cristallin. (Cataracte sénile incomplète).

4° Dans les conséquences de la blessure, on peut laisser de côté la gêne de la vision, d'ailleurs très légère, qu'aurait pu occasionner la petite cicatrice cornéenne si l'œil blessé avait été sain. La vision défectueuse de l'œil blessé est due à la cataracte sénile qui évolue.

5° Il faut cependant tenir compte de la gêne occasionnée par les complications nerveuses post-traumatiques (blépharospasme et hémispasme facial gauches). — Les contractures spasmodiques des paupières limitées à un œil sont susceptibles d'altérer le rendement professionnel de l'ouvrier en l'empêchant d'exercer utilement la vision de cet œil. Dans le cas de J... nous devons rappeler 1° que la vision de l'œil blessé est déjà très altérée par l'affection spontanée du cristallin (cataracte sénile); 2° que les spasmes des paupières sont volontairement exagérés ; 3° qu'une conjonctivite indépendante de l'accident et attribuable au manque de propreté du blessé peut aggraver le blépharospasme et prolonger sa durée.

6. — Conjonctivite traumatique.

Je soussigné, Gustave Ollive, professeur à l'École de médecine, expert nommé par jugement du Tribunal civil de première instance de Nantes, en date du 18 juillet 1899, et dispensé du serment du consentement des parties, jugement qui est ainsi conçu :

« Dit que l'expert nommé devra s'enquérir de tous renseignements utiles auprès du Dr T... oculiste ; examinera la demoiselle M..., dira si l'accident des yeux dont elle se plaint provient de l'accident du 2 février 1899 et précisera notamment si l'œil qui n'avait pas été atteint par la bavure du métal, a pu, après guérison momentanée du premier, subir lui-même les conséquences du mal ; recherchera si l'état de santé général de la demoiselle M... n'est pas plutôt la cause originaire de cette maladie, dira en outre si le manque de soins et de précautions prises par la demoiselle M... n'a pas eu pour conséquence une aggravation sensible de sa maladie d'yeux, dressera procès verbal de ses opérations pour en faire le dépôt au greffe. »

— Certifie avoir procédé à la mission qui m'avait été confiée en interrogeant la demoiselle M... et sur la nature de son accident, et sur l'affection oculaire dont elle a été atteinte quelque temps après; en me renseignant auprès des médecins qui ont eu à lui donner des soins, enfin en examinant son état actuel.

Les termes mêmes dans lesquels est conçu le jugement du Tribunal pouvaient me faire penser que d'autres facteurs étiologiques étaient peut-être venus s'ajouter au traumatisme du 2 février, et avaient amené des complications sur lesquelles je devais m'éclairer.

J'appris, en effet, que la demoiselle M... était entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service ophthalmologique du Dr D... le 1er mars pour en sortir le 24 du même mois; qu'elle avait enfin fait un second séjour dans ce même service du 24 avril au 12 mai.

Comment se sont succédés les accidents pathologiques des yeux, accidents qui ont amené le très mauvais état de la vision que l'on peut constater aujourd'hui ?

Le 2 février, la demoiselle M... reçoit dans l'œil gauche une bavure de métal qui, après avoir traversé la chambre antérieure, vient se fixer dans l'iris. Pour en faciliter l'extraction le Dr T... pratique une iridectomie en bas et en dedans. Tout semblait terminé et je crois même que la blessée ne fréquentait plus la clinique du Dr T..... lorsque se manifesta une conjonctivite qui, après avoir atteint l'œil blessé ne tarda pas à se communiquer à l'œil sain. La malade entre dans le service du Dr D... pour s'y faire traiter de cette conjonctivite. Mais cette conjonctivite n'est pas une conjonctivite simple, c'est une conjonctivite blennorrhagique et le Dr D... est absolument affirmatif sur la nature spécifique de l'affection.

D'ailleurs la demoiselle M... était en même temps atteinte d'un écoulement vaginal de même nature

Quoi qu'il en soit la conjonctivite a déterminé des lésions graves du côté des deux cornées.

A l'œil gauche, leucôme central qui diminue beaucoup la vision quoiqu'il n'existe aucune lésion profonde de l'œil.

A l'œil droit existe également un leucòme, masquant en partie la champ pupillaire et de ce côté l'acuité visuelle est de 1/3 grâce à un verre de 2,75 dioptries.

Le Dr T... croit que les inflammations de la conjonctivite et de la cornée n'ont aucun caractère spécifique, il croit que la conjonctivite a été déterminée par la pénétration du corps étranger dans l'œil gauche, et que l'œil droit s'est pris consécutivement.

J'ai dit plus haut quelle était l'opinion du Dr D...

J'estime qu'une conjonctivite simple n'aurait pas déterminé des lésions aussi graves des cornées, qu'elle n'aurait probablement pas envahi si promptement l'œil sain. Enfin il n'est pas douteux que la demoiselle M... était atteinte d'un écoulement vaginal de nature spécifique, et que de cet écoulement elle n'est même pas complètement guérie aujourd'hui.

Mais enfin il est bien certain que sans le traumatisme du 2 février, et sans l'opération absolument nécessaire qui en a été la conséquence, des portes n'auraient pas été pour ainsi dire ouvertes à la transmission de l'affection gonococcique.

Le traumatisme seul n'aurait pas beaucoup diminué la valeur du travail de la demoiselle M... : de 8 à 10 0/0 environ. Il n'en est pas de même des lésions consécutives à la conjonctivite purulente qui entraînent une diminution de la valeur professionnelle de 50 0/0 au moins.

7. — Hystéro-traumatisme.

Nous soussignés, François Jouon, Albert Malherbe, Gustave Ollive, professeurs à l'Ecole de Médecine de Nantes, experts nommés par jugement du Tribunal civil de 1ère instance de Nantes, en date du 1er août 1898, et ainsi conçu : « Nomme MM. Jouon, Malherbe et Ollive Docteurs médecins, experts, dispensés du serment du consentement des parties, à l'effet de visiter le jeune B... de dire dans quel état de santé il se trouve, si cet état est irrémédiable, ou même s'il s'aggravera encore, si B... est désormais incapable d'exercer une profession mécanique ou autre exigeant une certaine force, et quelle relation de cause à effet existerait entre l'accident dont B... a été victime et l'impotence dont il serait affecté : »

Certifions avoir procédé à la mission qui nous avait été confiée le mercredi 23 novembre 1898, à 10 heures du matin. — Le père du jeune B... et M. le Dr F. assistent aux opérations de l'expertise.

Ernest B... a été le 9 mai 1895, victime d'un accident, il a été frappé au flanc droit par le moyeu d'une roue de voiture et jeté à terre, — il en est résulté : 1° une contusion de la région et probablement une rupture du rein, car le blessé a été atteint d'hématurie ; — 2° une plaie de tête. Ces deux lésions sont constatées dans un certificat du Dr B... en date du 17 mai 1895.

Par un jugement en date du 17 février 1896, ne statuant que sur les suites de l'accident, le Tribunal accordait à B... une indemnité de 650 francs tout en déclarant ne pouvoir l'empêcher de faire des réserves.

Le père déclare que depuis lors la situation de l'enfant n'a fait que s'aggraver, qu'il est atteint de scoliose, et qu'actuellement il est en proie à une faiblesse qui ne lui permet pas l'exercice d'une profession exigeant le déploiement d'une certaine force physique.

Nous avons prié le jeune B... de quitter tous ses vêtements et l'avons examiné debout et couché, l'avons fait marcher etc..

L'enfant est très normalement développé pour son âge et les masses musculaires des membres bien accusées. — Quand il se tient debout il a tendance à s'incliner sur le côté droit et tout le thorax semble moins développé de ce côté. — La masse des muscles sacro-lombaires est moins accusée que du côté opposé, sans qu'il soit possible de dire qu'il y ait atrophie, le relâchement simple de la contraction musculaire pouvant produire le même effet.

Quand l'enfant garde cette attitude penchée sur le côté droit, la colonne vertébrale n'a pas une direction rectiligne, mais, dès que l'enfant se redresse, la colonne vertébrale prend une position normale, il n'y a pas de scoliose.

La marche est facile; la course l'est moins; l'enfant semble alors s'incliner un peu à droite. La station sur un seul pied est facile, mais si on le fait marcher à cloche pied, il accuse sur le pied droit un peu de gène et de douleur.

L'enfant étant couché, nous procédons à l'examen de la région lombaire, et à la palpation profonde de la région rénale. Il n'existe aucune tuméfaction, aucun déplacement du rein.

Pendant cet examen le jeune B... accuse une douleur assez vive. Mais cette douleur ne tient nullement à une lésion de cette région, cette douleur est superficielle et tient à une hyperesthésie cutanée qui n'est du reste pas limitée à ce point. L'examen comparatif de la sensibilité montre en effet que tout le côté droit accuse une sensibilité plus vive, exagérée même, soit au pincement, soit à la piqûre. — Tout au contraire le côté gauche montre une anesthésie presque totale. Les muqueuses sont également insensibles. — On peut toucher sans amener de réflexe, la conjonctivite oculaire; on peut également toucher la muqueuse nasale et aussi la muqueuse pharyngée. Elles sont insensibles et ces attouchements ne déterminent pas les réflexes habituels.

Cet examen est complété par celui de la vision dont les troubles méritent d'attirer l'attention.

1° Recherche de l'acuité visuelle :

Œil droit. — à 5 mètres le malade prétend ne voir aucune des lettres de l'échelle optométrique. A 2m50 il voit les deux premières, ce qui lui fournit une acuité de $V = \frac{1}{20}$.

L'interposition d'un verre convexe très faible (+25) c'est-à-dire presque sans action, ramène l'acuité à l'unité, mais à l'insu du malade, auquel on fait croire qu'avec le verre il voit certainement la première ligne. En effet il lit très bien la première ligne, mais s'arrête net et assure de son impuissance à déchiffrer la seconde.

Le verre est alors enlevé et remplacé par un verre absolument identique. Mais le malade est averti qu'on met un verre plus fort qui va lui permettre de lire la seconde ligne. Il la lit en effet, s'arrête à la troisième. — Le même artifice est employé, et toujours avec le même verre (+25), il arrive de ligne en ligne à l'acuité parfaite.

Œil gauche — possède l'acuité normale.

2° Amplitude d'accommodation.

La mesure est très difficile en raison de la discordance continuelle des réponses, qui, du reste, est caractéristique de l'hystérie oculaire.

3° Vision colorée.

Œil droit. — L'examen au chromatophotoptomètre démontre l'existence d'un scotome central complet pour le rouge et le vert qui sont perçus en blanc.

Œil gauche — Normal.

4° Sens lumineux.

Œil droit réduit au 2/3 de la normale.

Œil gauche normal.

5° Champ visuel.

Œil droit — champ visuel très rétréci pour le blanc; ce rétrécissement concentrique ramène à 15° en moyenne la limite de perception du blanc en tous sens.

Il est impossible de prendre le champ visuel pour les couleurs car la dyschromatopsie s'étend dans tous les sens et les couleurs sont perçues en blanc.

Le champ visuel de l'œil gauche est normal pour les couleurs et légèrement rétréci pour le blanc.

6° Le malade accuse une diplopie passagère et très mal définie. L'épreuve avec le verre rouge pour rendre plus net le dédoublement de l'image n'a rien donné.

7° L'examen du fond de l'œil n'a révélé aucune lésion. Mais nous devons noter qu'une photophobie intense accusée à l'éclairage du miroir a cédé instantanément à l'instillation d'une goutte d'eau pure que l'on a fait prendre au malade pour de la cocaïne insensibilisante.

Il résulte de cet examen que le jeune B... est atteint d'hystérie. Il est bien certain que cette affection a eu pour point de départ le traumatisme du 9 mai 1895, mais que le développement a dû en être singulièrement favorisé et par le tempérament névropathique du blessé et surtout par cette sorte d'atmosphère d'inquiétudes dont on l'a entouré.

Nous l'avons dit déjà, il n'y a pas de scoliose, et nous regardons les troubles nerveux dont est affecté ce jeune malade comme de nature essentiellement curable surtout si l'on veut bien rendre à ce jeune homme la confiance qui lui manque en lui persuadant qu'il peut et doit guérir.

8. — Hystéro-traumatisme

Nous soussignés TEILLAIS Auguste, Docteur en Médecine, Chevalier de la Légion d'Honneur, Amédée MONNIER, Médecin des Hôpitaux, Gustave OLLIVE, Professeur à l'École de Médecine, experts dispensés du serment du consentement des parties, nommés par ordonnance de M. SATTY, Juge au Tribunal civil de Nantes, en date du 16 juillet 1902 à l'effet de visiter H... et après avoir pris connaissance des certificats joints au dossier, indiquer à combien doit être fixée la réduction dans l'aptitude du travail du sieur H... résultant de l'accident du 18 février 1902, certifions avoir procédé à la mission qui nous avait été confiée et faisons connaître le résultat de nos constatations et nos conclusions dans le rapport suivant :

Le sieur H... recevait sur la tête, le 18 février 1902, à trois heures du soir, une benne chargée de charbon et tombant d'une hauteur d'environ quatre mètres. Il fut transporté à l'Hôtel-Dieu; il n'avait pas perdu connaissance. Il répond lentement aux questions qu'on lui pose, mais nettement cependant — il n'y a pas de paralysie — un écoulement sanguin continu se fait par l'oreille droite. Le diagnostic de fracture du crâne semble s'imposer et, en effet, en débridant la petite plaie qui se voit sur le cuir chevelu, au sommet de la tête, le chirurgien peut facilement constater une fissure large d'environ 3 à 4 millimètres qui semble se prolonger très loin à droite vers la base du crâne. Comme une hémorrhagie assez abondante provenant de la profondeur de la fissure se produit, on décide de faire une trépanation. Nous ne relaterons pas tous les symptômes observés dans les jours suivants; disons seulement que le blessé présenta du strabisme, des signes de paralysie faciale gauche.

Nous procédons à notre examen le 1[er] août à la clinique du D[r] T..... où H... s'est rendu, et à l'Hôtel-Dieu le 2 août. On est d'abord frappé par l'aspect général du blessé, l'immobilité du visage, la raideur générale, la lenteur des mouvements, tous symptômes rappelant un peu l'ensemble pathologique que l'on désigne sous le nom de maladie de Parkinson ou de paralysie agitante. Cependant il n'existe aucun tremblement et disons tout de suite que la force musculaire et la sensibilité sont conservées. La paralysie faciale persiste encore, mais très atténuée dans ses manifestations. La commissure labiale est abaissée légèrement. Le blessé ne peut

siffler. H... se plaint de vertiges, de céphalée presque constante, il a parfois des vomissements. Il se plaint aussi de bourdonnements d'oreille et l'acuité auditive est certainement diminuée. L'examen des yeux montre une acuité visuelle réduite à un quart, un champ visuel extrêmement rétréci, un hyperémie peri-pupillaire de l'œil droit.

Il dort mal, l'appétit est conservé, mais il y a une soif impérieuse et de la polyurie. L'examen de l'urine laisse un doute au point de vue de la présence du sucre.

Enfin nous devons surtout attirer l'attention sur l'état mental de notre sujet. Il semble ne comprendre que lentement ce qu'on lui dit; il est aussi devenu irritable, facile à surexciter, presque violent, d'autres fois il pleure pour des motifs insignifiants. En examinant le sommet du crâne, on voit une cicatrice en forme de croix à branches inégales, en ce point existe une forte dépression. De l'étude des symptômes présentés par H... au moment de son accident et dans les semaines qui ont suivi, de l'examen que nous avons fait et des troubles que l'on constate tant du côté de l'appareil de la vision et de l'appareil auditif que du côté des fonctions cérébrales, nous croyons devoir conclure qu'on doit évaluer à 80 0/0 la réduction de l'aptitude au travail du sieur H..., résultat de l'accident du 18 février 1902.

9. — Hystéro-traumatisme.

Je soussigné, Gustave Ollive, Professeur à l'École de médecine, expert nommé par M. le Président du Tribunal civil de Nantes, en date du 6 juin 1900, dispensé du serment, à l'effet d'examiner François M..., de dire s'il souffre encore des suites de l'accident, s'il demeurera atteint d'une infirmité permanente, d'en préciser alors la nature, de dire quelle réduction elle pourrait apporter au salaire de M..., de dire aussi si elle serait susceptible d'amélioration. De s'expliquer aussi en cas de guérison complète de M..., sur la date où l'incapacité temporaire aurait cessé ou devrait cesser dans l'avenir,

Certifie avoir procédé plusieurs fois à l'examen de M..., et fais connaître le résultat de mon examen et mes conclusions dans le rapport suivant.

Le 28 novembre 1899, M... conduisait une charrette attelée de deux chevaux; il se tenait à gauche du cheval de pointe, lorsque celui-ci fut atteint au côté droit par un cheval attelé à une carriole et qui descendait, emballé, la rue de Saint-Jacques.

Le choc très violent renverse le cheval de pointe qui s'abattit sur son conducteur. M..., jeté à terre, fut contusionné et comme comprimé entre le pavé et le cheval abattu.

M... s'est relevé péniblement, il est monté dans un tombereau qui passait et a pu regagner le domicile de son patron M. H... Dans ce tombereau il s'est tenu debout et a pu descendre assez facilement.

Le blessé est resté au lit environ huit jours au bout desquels il pouvait se lever plusieurs heures souffrant cependant toujours de la région sacrée et de la région fessière gauche. Certains mouvements étaient plus particulièrement douloureux ; il ne pouvait s'accroupir qu'au prix de violentes douleurs.

Enfin peu à peu les mouvements du membre furent possibles, de moins en moins douloureux et cependant il y eut persistance d'une douleur spontanée et surtout provoquée par la pression du nerf.

Actuellement M... est certainement mieux, mais il marche encore un peu péniblement surtout lorsque la marche est longue. Localement on provoque la douleur par pression forte du nerf sciatique au niveau de son émergence.

Le membre inférieur droit est un peu diminué de volume. Cette diminution de volume tient en partie à l'altération du nerf, en partie au défaut de fonctionnement musculaire et à l'immobilité relative.

Il n'existe aucune lésion osseuse ou articulaire. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont complets, non douloureux, on ne constate aucun trouble de sensibilité ; aucun trouble trophique. En somme, contusion du sciatique ayant entraîné de la douleur de ce nerf et une légère impotence fonctionnelle destinée à disparaître. Enfin il faut aussi tenir compte ici comme chez un grand nombre de victimes d'accidents de l'état psychique du blessé ; état complexe moitié conscient, moitié inconscient, fait de l'émotion causée par l'accident et de la préoccupation de l'issue du procès engagé ; mais qui porte ce blessé à exagérer plus ou moins les symptômes qu'il éprouve.

Quelles étaient avant l'accident les occupations habituelles de M... ? Tantôt il conduisait une charrette et faisait ainsi quelquefois de longues courses à pied près de ses chevaux, tantôt il conduisait un camion, monté alors sur le siège ; souvent, presque chaque jour, il portait des sacs d'avoine ou d'autres graines pesant de 50 à 75 kilogrammes.

M... n'est certainement pas capable de faire aujourd'hui ce genre de travail, mais il faut compter sur une amélioration progressive, amélioration qui s'accentuera d'autant plus rapidement qu'un règlement définitif sera intervenu, agissant sur cet état psychique particulier du blessé, que j'ai signalé plus haut.

M... retrouvera-t-il sa force primitive ? on ne peut l'affirmer. Il peut aussi être exposé à voir sous certaines influences réapparaître plus violentes les douleurs du sciatique, comme aussi bénéficier d'une guérison définitive.

Dans ces conditions il est impossible de considérer M..., comme atteint d'une infirmité permanente, mais il y aurait lieu de le faire

bénéficier immédiatement d'une indemnité en se basant sur la possibilité d'une guérison complète dans un avenir de trois mois.

10. — Hystéro-traumatisme.

Je soussigné, Gustave OLLIVE, professeur à l'École de médecine, expert nommé par jugement du Tribunal civil de Nantes, en date du 13 août 1900, pour procéder à un nouvel examen du sieur M.. , examen fait à deux intervalles au moins, et déposer un rapport pour permettre au tribunal d'y puiser des éléments de décision définitive; serment prêté entre les mains de M. le Président à la date du 19 novembre 1900, certifie avoir rempli, comme il est dit dans le rapport suivant, la mission qui m'avait été confiée.

Le jugement du 13 août 1900 me charge de dire si la guérison de M... est devenue complète et absolue, et dans le cas où il resterait une tare permanente, d'en préciser la nature et d'en chiffrer la gravité, au point de vue de l'aptitude au travail.

Dans un précédent rapport, j'avais émis l'opinion que M... avait été atteint de contusion du sciatique, qu'il devait s'améliorer progressivement, qu'enfin, il existait chez lui cet état psychique, particulier aux traumatisés, état psychique qui laisse trop souvent l'expert hésitant pour formuler une opinion ferme sur l'incapacité définitive de travail.

Quoi qu'il en soit et quoique mon opinion sur l'état de Martin ne se soit guère modifiée, j'ai tenu à éclaircir tous les points de son histoire pathologique qui auraient pu rester douteux.

J'ai dit qu'il n'existait ni lésion osseuse ni lésions articulaires. La radioscopie et la radiographie permettent d'être encore plus affirmatif, car ces deux épreuves ont montré qu'il n'y avait point eu de fractures, point de lésions du côté des articulations.

J'ai montré Martin à plusieurs de mes collègues des hôpitaux qui, comme moi, n'ont constaté ni troubles de la sensibilité, ni troubles trophiques.

La douleur que l'on déterminait par la pression sur le trajet du sciatique a disparu et le blessé reconnaît lui-même qu'il ne souffre plus quand il marche. Si cependant, ajoute-t-il, sa marche se prolonge, elle devient un peu pénible.

Ce qui attire surtout l'attention, c'est l'attitude générale du blessé, attitude prise sans doute au début pour atténuer un peu la douleur ressentie, attitude que Martin aurait pu sans doute corriger plus tard avec de la volonté. Il y a une légère flexion du membre inférieur gauche au niveau de l'articulation du genou, (et cependant les mouvements de l'articulation sont aisés et l'extension complète est obtenue sans douleur). Cette légère flexion diminue la longueur totale du membre et il en résulte une claudication très légère.

M... insiste sur ce fait qu'il ne peut porter un lourd fardeau. Il lui est impossible de porter, comme il le faisait avant son accident, des sacs de cinquante à soixante quinze kilogrammes. L'attitude un peu fléchie du membre inférieur gauche peut expliquer, en partie au moins, la difficulté à porter un lourd fardeau.

En résumé, en tenant compte de l'amélioration survenue depuis le précédent examen, en tenant aussi pour définitivement acquise l'attitude vicieuse prise par le membre blessé, j'estime que la diminution de la valeur de travail éprouvée par M..., du fait de son accident, doit être estimée à douze pour cent.

11. — Hystéro-traumatisme.

Je soussigné Gustave Ollive, professeur à l'École de médecine, expert nommé par ordonnance de M. Bourdonnay, Président du Tribunal civil de première Instance de Nantes, en date du 4 novembre 1903, dispensé du serment du consentement formel des parties, à l'effet d'examiner B..., dire si la blessure est consolidée et depuis quand, ou quand elle pourra l'être, et fixer la réduction de l'aptitude au travail de B..., certifie avoir examiné le blessé les 5 et 6 novembre et fait connaître le résultat de mon examen et mes conclusions dans le rapport suivant :

L'enquête qui a été faite, le certificat donné par le Dr P... permettent d'établir ce qui suit ; B... travaillait à maçonner un puits lorsqu'il fit une chute qui détermina une plaie de la région pariétale gauche avec fracture en étoile sur la voûte crânienne. Le pronostic de la blessure paraissait assez grave, et l'on se demandait même si la trépanation ne serait pas nécessaire. Il m'a été difficile de me renseigner très exactement sur les symptômes qu'a présentés le blessé pendant les jours qui ont suivi l'accident, il paraît avoir eu des vomissements dus, sans doute, à la commotion cérébrale, de la paralysie, etc.

Le 22 octobre, le Dr P... écrivait : « De ma consultation avec le Dr P... il est résulté cet avis que B... est aussi bien que possible. Il n'y a pas de paralysie, mais seulement de l'affaiblissement du côté droit, il n'y a pas lieu d'intervenir pour le moment et selon toute probabilité l'amélioration continuera. B... se lève chaque jour..... il m'a demandé, il y a deux ou trois jours, s'il ne pourrait pas aller dans son pays achever sa convalescence. Toutes constatations qui indiquent un mieux sensible dans l'état de cet ouvrier. »

Quand je me suis présenté chez B... il était assis dans un fauteuil le corps un peu courbé en avant. Sur ma prière il se leva pour venir se placer devant une fenêtre ; il se lève lentement, il marche aussi lentement, les jambes un peu fléchies, le corps incliné en avant, le visage immobile, l'attitude du neurasthénique. Immédiatement, les femmes qui sont près de lui se hâtent d'apporter le fauteuil,

prétextant qu'il sera impossible au malade de se tenir debout. Et cependant il m'a été facile de le faire se tenir debout pendant le temps qu'a duré mon examen. Je tiens à signaler la présence de ces trois femmes, l'épouse, la belle-sœur, la voisine, car elles semblent jouer un rôle étiologique dans l'état pathologique du sujet. Tout à l'heure ce sont elles qui répondront aux questions posées, qui souligneront tel symptôme en en exagérant l'importance, qui renchériront sur les souffrances éprouvées par le blessé. Enfin, elles ont, sans aucun doute, entretenu autour de B... une atmosphère de préoccupations et d'inquiétudes bien faite pour entretenir un état morbide, bien faite surtout pour empêcher la guérison d'être hâtée.

Sur le côté gauche du crâne on voit la cicatrice de la plaie du cuir chevelu, et on ne constate aucun enfoncement, aucune déformation de la voûte crânienne. La pression exercée sur cette région ne détermine que peu de douleur.

Le blessé a la tête inclinée en avant, comme soudée ; il prétend ne pouvoir la mouvoir. Cependant, il parvient à exécuter quelques mouvements de rotation, la douleur qu'il signale est éprouvée non pas du côté où les muscles sont en tension, mais du côté ou ils sont en relâchement Les mouvements des yeux sont normaux, il n'y a pas de troubles oculaires. Il n'y a pas de troubles de l'ouïe.

Le blessé a été paralysé du côté droit. Quand on recherche les restes de cette paralysie on constate que la force musculaire est absolument conservée, la pression paraît d'abord peu énergique, mais si on insiste elle se fait plus forte au point d'atteindre ou même de dépasser celle du côté opposé. Si le bras droit, étant en flexion, on veut faire de l'extension en priant le blessé de résister, la résistance est très grande.

Il y a plusieurs zones soit d'anesthésie complète, soit de retard dans la perception de la sensibilité.

B... dit qu'il dort mal, qu'il ne peut se coucher que sur le côté droit. L'appétit est assez bon, il y a de la constipation.

L'examen des organes thoraciques n'a révélé aucune lésion. Le blessé n'est pas sorti depuis sa convalescence, et cependant la chose lui était très possible.

Si je rapproche mes constatations de celles que faisait le 22 octobre le Dr P..., je puis dire que B... est en voie d'amélioration progressive. La plaie est cicatrisée, la fracture consolidée : mais le blessé est dans un état neurasthénique qu'entretient et accentue l'entourage. Traité et surtout peut-être isolé, ce malade guérirait sans doute mieux et plus promptement. Cependant dans les états neurasthéniques consécutifs à ces traumatismes graves, il y a toujours lieu de faire quelques réserves, et dans tous les cas il paraît impossible de fixer dès maintenant, d'une manière définitive, le chiffre de la réduction de l'aptitude au travail.

12. — Péritonite tuberculeuse prétendue. Troubles névropathiques.

Je soussigné, Gustave Ollive, Professeur à l'École de médecine de Nantes, expert nommé par ordonnance de M. Duchauffour, Juge au Tribunal civil de la Seine, en date du 2 mars 1904, dispensé d'office du serment, à l'effet de prendre connaissance de l'enquête du juge de paix et des certificats des médecins déjà consultés, de voir et visiter B..., dire si par suite de l'accident il est ou non atteint d'incapacité permanente et dans le cas de l'affirmative quelle est la réduction de capacité qu'il subit dans son travail ; fixer la date de la consolidation de la blessure, rechercher et dire si le blessé est atteint de tuberculose ou de troubles dans les fonctions digestives, en cas d'affirmative dire si la maladie a été provoquée ou notablement aggravée par l'accident, certifie avoir interrogé et examiné plusieurs fois B..., pris connaissance de tous les certificats qui m'ont été remis et fait connaître le résultat de mes constatations et de mes conclusions dans le rapport suivant :

Je me suis d'abord rendu au domicile de B..., le mardi 29 mars à dix heures du matin ; il était sorti, mais à deux heures il se présentait à mon cabinet. Je tiens à dire que je fus un peu surpris en le voyant, car son air d'homme vigoureux et bien portant contraste singulièrement avec les certificats que j'avais pu lire au dossier. Il avoue d'ailleurs être tout prêt à recommencer à travailler, surtout si le travail qu'on lui donne n'est pas trop dur.

Voici son histoire :

Le 9 juin 1903, B... travaillait dans un chantier de construction métallique ; une chaîne qui soulevait une poutre de fer s'étant brisée, il fut atteint par l'extrémité de cette poutre qui lui fit une longue plaie à la fosse iliaque gauche. Il fut immédiatement transporté à l'hôpital Lariboisière où la plaie fut suturée. Au bout de trois semaines environ, la blessure étant guérie, mais le blessé présentant des troubles gastriques, on le fit passer du service de chirurgie dans un service de médecine. Il y resta jusqu'au 25 juillet, date à laquelle on l'envoya à l'Asile de convalescents de Vincennes. Le 8 août, il était de nouveau renvoyé à Lariboisière, mais pour des raisons d'ordre administratif on le faisait passer à Necker. Il y resta du 10 au 31 août.

Un certificat du chef de clinique chirurgicale dit : « Troubles digestifs tenaces dont la nature exacte nous a paru difficile à déterminer et pour la cure desquels un séjour à la campagne serait très profitable au malade. »

A cette date, B... avait considérablement maigri et son poids serait, dit-il, descendu à 51 kilogrammes. Il revient à Nantes où il est soigné par le Dr L... et vu en consultation par le Dr P... ; on trouve leurs certificats au dossier.

Je crois que l'on peut voir trois phases dans l'état pathologique qu'a présenté B...; la première allant de la date de la blessure jusqu'au 31 août, la seconde allant du 31 août jusqu'à une date que je ne puis préciser, la troisième étant la phase actuelle. Tout ce que raconte B..., tout ce que disent les certificats tend à démontrer que dans la première période on assiste à des troubles dyspeptiques, en même temps qu'à des troubles nerveux assez difficiles à déterminer. Dans la deuxième phase le diagnostic semblerait se préciser puisque le Dr P... certifie péritonite chronique (3 octobre 1903) et le Dr L..., péritonite tuberculeuse. Dans la troisième phase, qui est l'état actuel, il m'est impossible de trouver un malade.

Que montre l'examen?

Une cicatrice solide, non douloureuse, de la plaie faite le 9 juin. Cette cicatrice part de la région externe de la cuisse gauche, un peu au dessous du trochanter, traverse la région antérieure de la cuisse et vient se terminer près de l'anneau inguinal, n'intéressant en somme que dans une petite étendue la paroi abdominale inférieure. Le ventre est souple, non douloureux à la palpation, on ne trouve aucun empâtement, aucune adhérence des anses intestinales, en un mot, aucun signe de péritonite. Quant aux fonctions digestives, elles sont absolument normales, et d'ailleurs le blessé, dont j'ai signalé l'air de bonne santé, pèse 65 kilogrammes quoique sa taille ne dépasse pas 1 mètre 62. La musculature des membres est parfaite. Peut-être existe-t-il quelques troubles de la sensibilité, mais si légers qu'il ne peut en être tenu compte.

L'examen de la vision a montré qu'il y avait une acuité normale et pas de rétrécissement du champ visuel.

En résumé, je suis convaincu que B..., a été atteint de troubles gastro-intestinaux de nature névropathique et qu'actuellement il est absolument guéri et ne présente aucune incapacité de travail.

A quelle date doit-on fixer la consolidation de la blessure. La plaie était réunie trois semaines environ après la date du traumatisme, mais il ne peut être question de prendre cette date comme celle de la consolidation. En effet, de par le fait de la blessure, B... est devenu et est resté un malade pendant plusieurs mois. Dans l'imposibilité où je suis, ne l'ayant pas suivi, de fixer la date de la consolidation (le mot étant ici pris dans le sens de guérison) j'estime qu'il est juste de le fixer au jour du dépôt de ce rapport.

13. — Fracture de l'omoplate. Absence d'incapacité.

Je sousigné F. J..., docteur médecin,

Expert nommé par jugement du Tribunal civil de N... à la date du premier décembre 1902, à l'effet de :

« Dire s'il est ou non atteint d'une infirmité permanente partielle et, dans le cas de l'affirmative, d'en donner l'importance. »

Après avoir étudié le dossier et spécialement les certificats de M. le Dr R... et de M. le Dr de P... respectivement aux dates du 18 septembre et 21 octobre 1902 et examiné le blessé, ai rédigé le rapport suivant :

C..., travaillait le 7 août 1902 à bord du *Bougainville* et rivait une tôle, lorsque le siège sur lequel il était assis ayant glissé, il tomba à fond de cale. Dans la chute, il se fit une contusion de la région lombaire gauche et une fracture de l'angle inférieur de l'omoplate droite.

Transporté à l'Hôtel-Dieu, M. le Dr R... lui donna ses soins et la guérison s'opéra sans complications.

Aujourd'hui l'examen de l'omoplate ne permet pas d'y reconnaître de déformation ni de cal apparent ; la cicatrisation de l'os est parfaite.

Les masses musculaires de l'épaule droite et du haut du bras semblent, au premier abord, diminuées d'épaisseur et annonceraient un certain degré d'atrophie.

Cette apparence tient à ce que ces muscles au repos ont perdu de leur tonicité ; ils se tiennent dans le relâchement et tout le moignon de l'épaule tombe sensiblement au-dessous de l'épaule saine.

Mais quand on les palpe et qu'on les stimule, soit par pincement ou choc brusque, soit par des mouvements commandés ; par exemple, quand on ordonne à C... de mettre ses deux bras en croix, on les voit se placer en attitude symétrique, présenter les mêmes saillies et démontrer en somme la même puissance fonctionnelle.

Il n'y a donc plus maintenant d'atrophie musculaire et tous les mouvements naturels s'exécutent aussi librement à droite qu'à gauche, ainsi que le montre l'aisance avec laquelle C... s'habille et se déshabille.

En est-il de même pour les mouvements professionnels ?

C... prétend n'avoir pas la force de soulever un poids de 4 kilogs. mais son marteau de riveur les pèse et déjà il a recommencé à travailler.

Il faut donc en conclure que, s'il garde encore une tendance à la fatigue plus grande qu'avant l'accident, ce qui est vraisemblable, il n'y a là en tout cas qu'un affaiblissement transitoire destiné à disparaître d'autant plus vite que l'exercice professionnel en est le meilleur remède.

C... se plaint encore d'être gêné dans son travail par un endolorissement de sa région lombaire gauche, contusionnée dans la chute. Cette affirmation échappe à tout contrôle ; l'aisance actuelle des mouvements du tronc ne la confirme pas, mais peut-être au moment du travail persiste-t-il une sensibilité musculaire gênante. Elle devrait également disparaître spontanément, aucune lésion des parois lombaires ni du rein n'étant admissible.

Quant au varicocèle que C... attribue à la chute et qui viendrait encore troubler sa capacité de travail, il est de faible proportion,

ne peut en aucune manière aujourd'hui mettre obstacle au travail et, suivant toutes les apparences, n'a aucune corrélation avec l'accident du 7 août.

En conséquence, je conclus :

1° C... n'est pas atteint d'incapacité permanente de travail;

2° L'incapacité actuelle destinée à disparaître rapidement par l'exercice du travail lui-même, n'est que de 20 0/0.

14. — Perte du médius et de son métacarpien.

Nous soussignés, docteurs en médecine, Albert Malherbe, chirurgien en chef des hôpitaux; François Joüon, chirurgien honoraire des hôpitaux: Amédée Monnier, médecin des hôpitaux; experts nommés, dispensés du serment, par jugement du Tribunal civil de Nantes à la date du dix-huit février mil neuf cent trois, à l'effet : D'examiner T... et de se prononcer sur son état et sur la conséquence de la blessure. Rechercher si R.... établit que l'état de T... a été aggravé et son incapacité de travail augmentée par le refus qu'il aurait opposé de se soumettre au traitement préconisé par le Dr D.... et de suivre les prescriptions du dit médecin; dire et fixer le *quantum* d'incapacité de travail subi par T... au cas où celui-ci n'aurait commis aucune négligence et même fixer le *quantum* de réduction de travail au cas où il aurait commis une faute aggravant son infirmité;

Après avoir étudié les diverses pièces du dossier, interrogé et entendu le Dr D.... ainsi que le blessé, avons rédigé le rapport suivant :

T..., âgé de cinquante-six ans, exerce le métier de tanneur.

Le 10 juin 1902, il avait comme charge de recevoir des peaux de veaux, qu'on lui passait par une fenêtre, quand son pied vint à glisser.

Pour éviter la chute, il porta la main droite sur une vitre brisée qui le blessa au doigt médius;

L'accident avait eu lieu dans la soirée vers cinq heures environ. C'est le lendemain 11 juin, que le blessé se présenta à la consultation du Dr D...., qui le visita, institua un traitement et définit ainsi la lésion :

Plaie *suppurante* du médius droit.

Lymphangite de la main consécutive.

Malgré des bains antiseptiques, quotidiens et multipliés, le mal empira dans les jours qui suivirent; T... dut entrer à l'Hôtel-Dieu le 17 juin. Le 18 juin il fut opéré. Une seconde opération eut lieu le 2 juillet. Il sortit de l'hôpital le 20 août, mais pour rentrer quinze jours après dans le but de corriger la déviation de l'index, qu'avait produite la rétraction cicatricielle. Mais le chirurgien de la salle

ayant estimé inutile toute nouvelle intervention, T... se vit dans l'obligation de quitter à nouveau l'Hôtel Dieu. Toutefois le redressement de l'index fut tenté avec succès en dehors de l'hôpital le 20 octobre ;

Enfin T... fut confié aux soins d'un médecin masseur pendant tout le mois de décembre.

Malgré tout traitement la main du blessé demeure actuellement impotente et le blessé se déclare incapable de continuer sa profession de tanneur.

Examen de la main. — Le médius n'existe plus. Le métacarpien correspondant a été enlevé. Les cicatrices qui résultent de ces opérations multiples sont visibles à la paume et au dos de la main.

Tous les doigts sont mobiles, mais les mouvements de flexion et l'extension de l'index sont incomplets. Quant aux phalanges de ce même doigt, elles sont le siége d'une raideur réelle voisine de l'ankylose pour la phalangette.

Il faut joindre à cet état une sensibilité obtuse dans la presque totalité de l'index et une atrophie évidente des muscles.

En résumé :

T... est privé de la totalité du doigt médius droit avec son métacarpien. L'index du même côté est gêné dans son libre fonctionnement par suite de raideur et d'atrophie manifestes.

Le blessé a la faculté d'exécuter la plupart des mouvements.

Il pourra faire certains travaux, mais il est incontestable que la vigueur et la précision des mouvements de la main sont diminués dans une notable proportion et que par suite T... aura une certaine difficulté à remplir les exigences de son métier qui consiste à user du « râcloir » et qui exige une main habile et souple.

T... est de ce fait un infirme. Cette infirmité d'ailleurs n'est point contestée ; mais le Tribunal demande d'établir : « Si l'état de T... a été aggravé et son incapacité de travail augmentée par le refus que celui-ci aurait opposé de se soumettre au traitement préconisé par le Dr D... et de suivre les prescriptions du dit médecin.

Nous avons entendu les dépositions du Dr D... et du sinistré T... Il y a désaccord complet entre les deux parties : l'une prétend avoir suivi ponctuellement les avis donnés ; l'autre oppose à cette assertion la dénégation la plus formelle.

Mais cette divergence au sujet de l'exécution plus ou moins tardive du traitement n'aura peut-être pas lieu d'influencer notre jugement. Il nous semble qu'elle s'efface devant la nature même de la blessure et les caractères de l'infection.

Si l'on se reporte au certificat établi dès la première visite par le Dr D... on voit qu'il mentionne déjà à cette époque une infection ascendante :

Lymphangite du membre supérieur consécutive à la plaie du médius. Infection dépendant de la profession insalubre du blessé.

Avec cette addition : « A moins de complications malheureusement assez fréquentes dans ces lymphangites, nous comptons sur une guérison en quinze jours... Il n'y aura pas d'infirmité grave. »

La déposition que nous a faite le Dr D... n'a eu d'autre but que d'établir avec la gravité immédiate de la blessure, l'insistance mise par lui à faire entrer T... à l'hôpital et enfin le refus de celui-ci d'obtempérer à ses désirs.

De toute la discussion nous ne voulons retenir que ce seul fait incontestable.

Que la blessure était grave dès les premières heures et qu'elle l'était par le fait de la profession insalubre du blessé.

Sans doute celui-ci a eu tort de ne pas écouter les conseils de son médecin. Il est responsable de ce refus, mais nous ne pouvons regarder ce dernier comme la cause des complications survenues.

On sait (et l'expérience de chaque jour le prouve) qu'une plaie produite en plein foyer septique prend un caractère de malignité que lui donne le milieu lui-même. Il n'est pas rare de voir les moindres lymphangites dégénérer en phlegmons des plus graves que les pansements les mieux appropriés ne savent pas enrayer.

Il s'agit en ce qui concerne T... d'un fait de ce genre. La septicité de ses mains attestée par sa profession de tanneur s'était encore accrue par suite du contact de peaux malsaines qu'il chargeait au moment de l'accident. A travers les lèvres de la plaie ont pénétré les germes qui se trouvaient sur la main contaminée, germes assez virulents pour que quelques heures plus tard cette main ait présenté des signes indiscutables d'infection et inspiré, relativement au pronostic, tout d'abord de judicieuses réserves, et plus tard une inquiétude croissante.

Si T... a attendu au dernier instant pour entrer à l'hôpital, c'est peut-être par un état d'esprit assez compréhensible ; c'est peut-être encouragé par le libellé du certificat qui assurait la guérison en quinze jours (du moins il est plausible de le supposer).

Ce qui paraît certain c'est que T... a accepté sans hésitation *trois opérations successives*, probablement quand il a compris que les pansements devenaient insuffisants, quand il a mieux vu le danger.

Quoiqu'il en soit, en escomptant l'évolution habituelle des plaies septiques de la main de l'ouvrier, il nous est bien difficile d'admettre que la gravité de l'infection soit imputable au retard mis par le blessé à se soumettre au chirurgien de l'hôpital.

Nous pensons donc que l'aggravation absolument inattendue de la plaie de la main chez T... est due à l'état septique de celle-ci, ou plutôt que la virulence des germes contenus dans les peaux qu'il maniait, a été la cause de tout le désastre. Dans ces conditions nous estimons qu'il n'y a aucune responsabilité à faire peser sur le blessé et nous n'hésitons pas à conclure : que T... du fait de l'accident du 10 juin 1902 est atteint d'une incapacité permanente

partielle définitive que nous croyons juste et équitable d'évaluer à trente pour cent.

15. — Perte de la phalangette du médius et de l'annulaire.

Je soussigné, Gustave Ollive, professeur à l'École de Médecine, expert nommé par ordonnance de M. Bachelot-Villeneuve, vice-président du Tribunal civil de Nantes, en date du 6 janvier 1903, et dispensé du serment du consentement des parties, à l'effet de visiter Mlle Louise G... et de fixer à combien s'élève sa réduction dans son aptitude au travail, résultant de l'accident du 21 octobre 1902, certifie avoir procédé à la mission qui m'avait été confiée en examinant plusieurs fois la blessée et fait connaître le résultat de mes constatations et mes conclusions dans le rapport suivant :

Mlle Louise G... a été, le 27 octobre 1902, victime d'un accident en travaillant à une machine plieuse. Le résultat immédiat a été une plaie de l'annulaire et une plaie du médius de la main gauche, plaies n'intéressant d'ailleurs que l'extrémité des phalangettes.

Il paraît résulter des renseignements qui m'ont été fournis que la phalangette osseuse aurait été sectionnée. On pouvait craindre que sa partie osseuse restante n'aurait pas été suffisamment recouverte par les parties molles, et qu'il eut été alors préférable de faire l'amputation totale de la phalangette.

Il n'en a pas été ainsi.

La cicatrisation des deux phalangettes de l'annulaire et du médius est complète ; les tissus n'ont peut-être pas encore toute la souplesse désirable, mais l'amélioration se fera progressivement et dans tous les cas la réduction d'aptitude au travail peut être estimée à 2 0/0 au maximum.

16. — Perte des phalanges terminales du médius et de l'annulaire.

Je soussigné, Decressac, docteur en médecine à Angoulême, serment préalablement prêté devant M. le président du Tribunal civil d'A..., certifie avoir procédé à l'examen médical de M. M... et avoir constaté à la main droite les lésions suivantes : Au médius la dernière phalange manque. Il existe à l'extrémité du doigt une cicatrice terminale plissée et formée de téguments amincis. Au petit doigt il existe une lésion identique c'est-à-dire que la phalange terminale manque. Les articulations des phalanges voisines sont saines et les fonctions des doigts sont normales :

Première conclusion. — En raison de l'absence de deux pha-

langes, le blessé doit être considéré comme atteint d'une infirmité permanente.

Pour l'évaluation du degré de l'infirmité nous consulterons les tableaux des évaluations annexées au *Traité des accidents du travail* de Brouardel. Sur ces tableaux les évaluations sont identiques qu'il s'agisse de l'Italie, de l'Allemagne, de l'Autriche ou de la France elles sont environ de 6 à 15 0/0 pour la perte d'un doigt. Il faut noter que la perte d'une phalange n'est pas mentionnée et en Allemagne notamment ne donne pas lieu à indemnité. Le tableau de Kaufmann indique 16 0/0 pour la perte du médius et de l'annulaire.

Deuxième conclusion. — Une appréciation large ne permet pas d'évaluer à plus de 15 0/0 la diminution de l'aptitude au travail.

Ce seraient là nos conclusions si l'infirmité provenait uniquement de l'accident. Or, il existe un autre élément dont il faut maintenant tenir compte. Le blessé a employé pour ses pansements un liquide très caustique qu'il devait à la recommandation du médecin, délayer dans une petite quantité d'eau bien déterminée. Il a pu ainsi amener la gangrène des parties touchées et la chute des phalanges.

Est-il possible actuellement de reconnaître si la perte des phalanges résulte de l'accident? de l'application intempestive du médicament? ou de ces deux causes réunies? Il est certain qu'un tel résultat peut provenir d'un traumatisme intense aussi bien que de l'application d'un caustique. Or il n'est pas évident que le traumatisme ait eu une intensité suffisante et cela résulte : 1° De l'appréciation du médecin traitant; 2° De la nature du traumatisme qui a été un choc et non un écrasement; 3° De l'examen des extrémités détachées des phalanges.

En effet celles-ci sont noirâtres, raccornies et ont été détachées par gangrène sèche; tandis que si l'élimination avait été le résultat du traumatisme, elle aurait été ou immédiate, ce qui n'a pas eu lieu, ou tardive et alors le détachement se serait fait par gangrène humide c'est-à-dire avec suppuration et par petits fragments. Il semble donc résulter de ces considérations que la perte des doigts doit être attribuée à l'usage du caustique plutôt qu'à l'action du traumatisme. Cependant j'estime qu'on ne peut se servir d'une formule absolue et ne retenir qu'une seule des causes de la gangrène. Si le traumatisme n'a pas été assez intense pour provoquer seul la gangrène il a cependant diminué la vitalité des tissus, et préparé le terrain sur lequel devait agir le caustique. Nous sommes donc conduit à lui attribuer une certaine importance moindre évidemment que celle de l'acide phénique.

Troisième conclusion. — L'infirmité observée paraît résulter surtout de l'action du caustique, mais a été favorisée par le traumatisme antérieur.

17. — Arthrite du genou.

P..., âgé de 37 ans, est un homme de taille moyenne, maigre, mais paraissant bien constitué. Il est atteint, depuis longtemps, d'une hernie inguinale, pour laquelle il porte habituellement un bandage.

Cette hernie ne paraît pas l'avoir gêné dans l'exercice de sa profession de maçon. Le blessé se présente à nous marchant avec une canne, et boitant assez fortement. Il reconnaît cependant qu'il peut parcourir plusieurs kilomètres. Mais, il lui est difficile de monter un escalier, il ne peut s'accroupir ni se mettre a genoux, et il nous dit éprouver des douleurs dans le genou gauche. La santé générale est très satisfaisante, il dort bien, et l'appétit est conservé.

Apres l'avoir fait déshabiller, nous ne constatons pas de déformation bien notable à la vue du membre inférieur gauche ; mais il y a une diminution sensible du volume des muscles. La mensuration nous donne à la partie supérieure, pour la cuisse droite 48 centimètres, pour la cuisse gauche 46 centimetres. A la partie inférieure nous trouvons pour la cuisse droite 37 centimètres, et pour la gauche 35 centimètres. Le mollet droit nous donne 36 centimètres et le gauche 35 centimètres.

Il y a donc une atrophie sensible des muscles du membre inférieur gauche. La région du genou est peu déformée. La rotule gauche est un peu élargie, mais ne présente sur sa face antérieure aucune saillie permettant de reconnaitre le trait de la fracture. La coaptation des fragments a donc été très régulièrement obtenue.

Mais la mobilité transversale de la rotule est diminuée, et la synoviale de l'articulation présente un peu d'empâtement sur les côtés du ligament rotulien. Les mouvements de flexion de l'articulation du genou sont imparfaits. La flexion de la jambe sur la cuisse ne dépasse pas l'angle droit, et dès que cette flexion commence à se produire, elle s'accompagne d'une crépitation très manifeste, indiquant le dépoli des surfaces articulaires, et cet état connu sous le nom d'arthrite sèche qui succède souvent aux traumatismes. Dans ces conditions il est certain que la marche reste gênée, que certaines attitudes sont impossibles et que le blessé ne peut ni s'agenouiller, ni monter à l'échelle comme cela lui est nécessaire pour exercer sa profession de maçon. D'autre part l'atrophie musculaire n'étant pas très considérable, le membre inférieur gauche a conservé une grande partie de sa force et peut suffire à une marche assez prolongée et à la station debout.

Mais nous ne pensons pas que la gêne résultant de l'arthrite sèche du genou, soit susceptible d'une grande amélioration, ni surtout de disparition complète. Il est probable que des exercices

méthodiques de flexion du genou, et des massages réguliers pratiqués dans les premiers temps qui ont suivi la consolidation de la fracture, eussent pu rétablir en grande partie les mouvements de l'articulation. Mais l'état que nous constatons aujourd'hui, tout en étant susceptible d'une certaine amélioration, nous paraît devoir s'opposer définitivement à la reprise de la profession de maçon, qu'exerçait le blessé antérieurement. Il pourra encore exercer une profession sédentaire ne nécessitant qu'une marche modérée; mais les grands efforts lui seront interdits dans l'avenir. Il est atteint d'incapacité permanente et absolue pour la profession de maçon, et d'incapacité relative pour toute profession nécessitant le déploiement d'une force un peu considérable. Quant à la date de la consolidation de la blessure, elle peut être fixée à une année, à partir du jour de l'accident.

Conclusions. — De tout ce qui précède nous concluons : 1° Dans l'accident du 1er septembre 1902, M. P... a été atteint d'une fracture de la rotule gauche; 2° Cette fracture très régulièrement consolidée, a déterminé une atrophie modérée des muscles mais a été suivie d'une arthrite sèche très prononcée, du genou, qui ne disparaîtra jamais complètement; 3° Il en résulte pour le blessé une incapacité permanente, et absolue, pour la reprise de la profession de maçon; une incapacité relative pour toute profession nécessitant des efforts un peu considérables; 4° L'époque de la consolidation de la blessure peut être fixée à une année, à dater de l'accident.

18. — Simulation.

Par jugement du 20 décembre 1901 de la 1re Chambre du Tribunal civil de première instance de Limoges, nous, soussignés, Delotte, Devaux et G. Raymondaud, docteurs en médecine, professeurs à l'Ecole de médecine de Limoges, avons été commis comme experts avec mission, après avoir prêté serment devant M. Mazeaud, juge commis à cet effet, de visiter le sieur V..., faire toutes observations médicales nécessaires pour éclairer notre religion et celle du Tribunal sur la nature de l'accident, sur sa gravité et ses conséquences; de nous entourer de tous renseignements relatifs aux conditions dans lesquelles l'accident s'est produit et aux traitements déjà subis par V., d'indiquer en cas d'affirmative relativement à une infirmité partielle et permanente, la diminution de force de travail que l'accident pourra faire subir dans l'avenir à V..., de déposer notre rapport au Greffe.

Serment prêté le 18 janvier 1902, l'ouverture des opérations d'expertise a été fixée au mardi 28 janvier à 3 heures 30 après midi, parties présentes ou dûment appelées. V..., né le 29 juin 1856 à M..., est âgé de 45 ans 1/2, fortement constitué, il a toute l'apparence de la bonne santé et ne présente aucune tare pathologique

appréciable, spécialement aucune tare nerveuse. Cependant il prétend être totalement privé de l'usage de la main gauche à la suite d'un accident qui lui serait arrivé le 8 mai 1901, dans des conditions, dont, pour le moment, nous empruntons le récit à ses seules déclarations, nous réservant d'apprécier plus tard ces déclarations. Il faisait avec d'autres ouvriers manœuvres comme lui, échelonnés sur un marchepied, une chaîne pour transporter des gazettes d'un globe de four à terre, lorsqu'un fragment de gazette brisée lui serait tombé sur le dos de la main d'une hauteur de deux mètres. Ayant demandé une déclaration d'accident il se rendit chez M. D..., médecin et pharmacien, qui lui donna un bulletin médical portant le diagnostic de « contusion du poignet gauche » et évaluant à dix jours la durée de l'incapacité de travail. Mais ce délai était passé depuis fort longtemps que la situation restait la même. A la fin de juin M. D..., renonça à continuer ses soins au blessé. D'autre part, comme V..., prétendait que la lésion siégeait dans les parties profondes de la main, la Compagnie d'assurances fut d'avis d'en faire exécuter une radiographie, qui fut faite par M. le Dr D..., et dont une épreuve a été versée au dossier.

Au vu de cette photographie, qui, avec une netteté parfaite, démontre l'intégrité du squelette de la main, il faut abandonner toute idée de lésion traumatique ou autre des articulations et des os. Un traitement par le massage et par des applications électriques diverses fut entrepris par M. le Dr D..., qui après dix séances renonça à poursuivre une médication dont le résultat était nul et dont sans autre explication il déclara d'avoir rien à espérer. Désireuse de s'entourer de renseignements multiples la Compagnie d'assurances fit le 11 juillet examiner V..., par M. le Dr L..., qui confia le plaignant à M. le Dr F..., pour une nouvelle tentative de traitement par le massage et par l'électrisation, nulle dans ses effets comme l'avait été la première. Cette deuxième tentative fut après une vingtaine de jours abandonnée comme inutile par le médecin chargé de l'appliquer. Un peu plus tard, le 7 octobre 1901, V..., pour poursuivre ses revendications, s'adressa à M. B..., qui lui délivra le certificat dont il avait besoin. C'est intentionnellement sans doute que ce certificat fut rédigé dans une forme évasive car la partie médicale n'en est pas saisissable.

Nantis de ces renseignements nous abordons l'étude de l'état actuel de V... Il se présente le bras gauche allongé et pendant, la main dans la poche de son pardessus. Cette main gauche est fortement tuméfiée à la face dorsale surtout ; la peau sous tendue est tremblottante, dépressible (l'empreinte des doigts ayant exercé une pression y persiste en creux pendant quelques instants) blanche d'un blanc translucide ; les doigts sont un peu écartés les uns des autres, la main dans l'extension est étalée à la façon d'une patte de grenouille. A la face palmaire le creux de la paume est effacé.

Ce gonflement est produit par une infiltration séreuse, c'est-à-dire de la partie aqueuse du sang dans le tissu conjonctif sous cutané et dans les gaines de tissu conjonctif situées entre les organes divers : on le désigne sous le nom d'œdème. Constater l'œdème phénomène objectif qui tombe sous les sens vue et toucher c'est simplement enregistrer un fait : l'œuvre médicale est de rechercher la cause de l'œdème. C'est à quoi nous nous sommes employés. Sur toute la surface de la main il n'y a pas trace du prétendu traumatisme du 8 mai, par conséquent pas de cicatrice cutanée capable de gêner la circulation veineuse. Nous avons sous les yeux la radiographie qui, s'il en était besoin, nous ferait constater, *de visu*, l'intégrité du squelette et des articulations. Mais la main est un organe d'exploration facile, nous pouvons, par le palper, suivre tour à tour chacun des os qui la composent, suivre les gaines, explorer les articulations et acquérir la notion formelle indiscutable de l'absence de toute lésion pathologique ou traumatique. Cependant, lorsque nous voulons fléchir l'un quelconque des doigts sur la paume de la main, nous rencontrons une résistance inattendue, ne procédant d'aucune lésion ni osseuse, ni articulaire, ou tendineuse ; cette résistance nous est intentionnellement opposée par le sieur V... ; nous lui faisons observer que cette manière d'agir ne nous en impose pas, mais que nous y voyons l'intention d'entraver notre examen et de nous induire en erreur. Nous lui faisons remarquer qu'il lui suffit de porter les yeux sur la radiographie, s'il a des doutes, pour se convaincre de l'intégrité des os et des articulations de sa main, qu'il n'a pu avoir de lésion des gaines des tendons extenseurs, d'adhérences de ces tendons pour empêcher la flexion des doigts, que les tendons fléchisseurs situés à la face palmaire de la main ne peuvent en aucune hypothèse avoir souffert du traumatisme et que, par conséquent, l'impotence à laquelle il se prétend réduit ne peut être expliquée par aucune lésion matérielle.

Sur ce point comme sur tant d'autres l'allégation du plaignant est inadmissible, il n'y a pas de connexité entre l'œdème et l'état des organes moteurs. Ces derniers étant indemnes conservent leur mobilité au sein des membres infiltrés. V... est dans la loi commune.

Malgré ces explications, disons cette démonstration, nous n'amenons pas V... à modifier son attitude :

Et si nous insistons pour fléchir ses doigts par une pression plus forte nous provoquons enfin de sa part une protestation dont le ton irrité n'augmente pas la véracité ; il dit que nous lui faisons mal ! Enfin, lorsque nous l'invitons à quitter ses vêtements pour explorer toute la surface du membre supérieur, nous voyons qu'il procède comme s'il était également empêché des articulations du coude et de l'épaule autant que de celles du poignet et de la main ; il nous oblige à l'aider à ôter et à mettre ses vêtements, mais il ne nous trompe pas sur ses agissements.

En effet, nous constatons l'intégrité du bras et de l'avant-bras dans toutes leurs parties molles et dures articulaires et, dans la manière d'être de V... comme l'état de sa main, tout ce que nous observons concourt à nous mettre en défiance.

L'œdème, chose singulière, cesse brusquement au dessus du poignet.

Peut-être devrons nous dire que nous n'avons pas manqué de songer aux œdèmes partiels d'origine brightique.

Mais outre qu'ils ne restent pas en permanence sur le même segment de membre pendant des mois, nous avons trouvé dans le certificat B..., qui d'ailleurs n'en contenait pas d'autre, cet utile renseignement que l'urine est normale.

Enfin sur l'avant-bras mis à nu, nous avons trouvé une indication que nous ne qualifierons pas absolument d'inattendue, mais que nous dirons d'ordre tout spécial!

Nous avons trouvé au dessus du poignet par conséquent sur la partie inférieure de l'avant-bras une dépression circulaire formant un sillon peu profond comme si une ligature avait été appliquée et maintenue en cet endroit. Sans faire allusion à cette découverte que nous avons silencieusement enregistrée, nous avons ajourné le sieur V... à huitaine pour nouvel examen. Mais un point essentiel était acquis, l'œdème, le trouble fonctionnel ne s'expliquaient par aucune lésion quelconque, nous avions au contraire de fortes raisons de suspecter la sincérité de V... Sur cette orientation, nous avons acquis les données suivantes :

Le 8 mai si le fragment de gazette est tombé sur la main de V... ce qui n'a été vu par aucun témoin, il n'y a produit aucune lésion.

M. D..... nous a dit se rappeler fort bien qu'à sa première constatation (le 8 mai) comme aux suivantes il a constaté de l'œdème mais aucune trace de traumatisme; pour éviter une contestation, sans chercher à pénétrer la pathogénie de cet œdème, M. D... a admis la possibilité d'une contusion sans trace à la peau. Or, si une partie de gazette pesant un kilog environ était, comme le dit V..., tombée sur sa main d'une hauteur de 2 mètres la peau aurait *loco dolenti* porté la marque du traumatisme; mais il faudrait n'avoir pas voulu visiter les lieux et s'assurer de la position des hommes de manœuvre pour admettre la version de V....

Pour quiconque a, comme nous l'avons fait, observé sur place, la gazette n'a pu tomber que de quelques centimètres. Même de faible hauteur, est-elle tombée sur la main de V...?

C'est une question qu'il est permis de se poser si l'on considère que quelques minutes avant son prétendu accident, V... avait été avisé qu'il ne serait pas conservé à la fabrique à raison de propos qui éclairent ses intentions d'un jour très vif, et, qu'après sa prétendue blessure, au lieu de la faire constater à ses compagnons de travail, d'aller au bureau, il a quitté l'usine et n'y est revenu

avec la main enflée, non blessée, que deux heures ou deux heures et demi plus tard.

Pour écarter toute possibilité d'erreur, M. D... a envisagé l'hypothèse de trouble pathologique spécialement de localisation rhumatismale et mis en œuvre sans succès les agents pharmaceutiques. MM. D..., J..., F... ont successivement employé les massages et l'électricité dans ses formes diverses.

Les uns et les autres ont renoncé à toute intervention après avoir constaté l'inutilité de leurs efforts et en avoir pressenti la cause. Pour notre part, sentant la nécessité d'une observation spécialement avisée, et nous conformant aux termes du jugement, nous avons voulu faire toutes observations médicales nécessaires et notamment observer V... chez lui à l'improviste.

Dans ce but l'un de nous s'est rendu au domicile de V... le lundi 3 février à 9 heures du matin.

Il lui a été répondu que V... n'était pas chez lui.

Le même jour, deux heures plus tard, un autre de nous faisait la même démarche et arrivait au palier du deuxième étage juste à point pour saisir d'un colloque ces derniers mots prononcés par V... « il faudra dire que je n'y suis pas ! » Si cette recommandation visait les experts, il était trop tard pour la mettre en œuvre dans cette occasion, car l'expert se trouvait en face de V... comme il finissait de parler. Or V... tenait sa main cachée sous sa blouse et a catégoriquement refusé de la montrer à l'expert.

Celui de nous qui s'était le premier rendu chez V..., y retourna le mercredi 5, à 8 h. 45 du matin, et reçut la réponse que « V... n'y était pas ». C'était précisément le jour où nous devions faire ensemble un nouvel examen à 3 h. 30 après midi.

L'attitude de V... ses gestes étaient les mêmes, mais nous l'avons invité à quitter immédiatement ses vêtements et cette fois avec toute la précision et la brutale netteté d'une constatation matérielle, nous avons vu au-dessus du poignet la dépression circulaire complète, large de deux travers de doigt produite par l'apposition d'une ligature assez longtemps maintenue pour entraver la circulation en retour et produire un œdème artificiel.

En cette occasion, les choses étaient si manifestes que nous avons immédiatement appelé sur cette dépression circulaire les explications du sieur V... qui n'a pu nous en fournir aucune mais nous avons consigné qu'il a reconnu en notre présence à tous les trois avoir refusé de montrer sa main à l'expert chez lui. Notre tâche était terminée ; nous n'avions qu'à exprimer la conclusion qui se déduit de nos observations. Dans l'examen de V..., nous nous sommes trouvés en présence d'un cas de simulation avérée, V... a essayé de simuler une lésion qui n'existe pas pour l'attribuer faussement à un prétendu accident de travail dans le but d'obtenir une indemnité à laquelle il n'a aucun droit.

Par ces agissements déloyaux il a pu se faire passer pendant plusieurs mois pour blessé et extorquer des sommes d'argent représentatives de demi salaires auxquelles il n'avait aucun droit. En effet, il paraît certain qu'il n'a éprouvé aucun accident. Il est en tout cas établi que si un accident lui est survenu, cet accident était d'une bénignité telle qu'il ne comportait aucune suspension du travail et par conséquent aucune indemnité. C'est en usant d'une supercherie qu'il a pu, pendant des mois, donner le change et se faire passer pour blessé. La supercherie a consisté à provoquer l'œdème de la main gauche toutes les fois qu'il a dû se soumettre à un examen prévu.

Le moyen de produire l'œdème artificiel consistait à enserrer le poignet dans une ligature pour entraver la circulation veineuse et amener l'exsudation du sérum dans le tissu cellulaire.

En réalité tous les organes de la main sont dans un état d'intégrité parfaite, ils ne présentent et n'ont jamais éprouvé aucune lésion traumatique.

L'œdème de V... est un état momentané créé à volonté pour simuler une maladie qui n'existe pas et qui par conséquent a été faussement imputée par son auteur à un prétendu accident du travail.

ANNEXES

I

LOI DU 9 AVRIL 1898

Concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail.

(*Modifiée par la loi du 22 mars 1902.*)

(*Journal Officiel* du 10 avril 1898 et du 27 mars 1902.)

TITRE PREMIER

INDEMNITÉS EN CAS D'ACCIDENTS

Article premier. — Les accidents survenus par le fait du travail, ou à l'occasion du travail, aux ouvriers et employés occupés dans l'industrie du bâtiment, les usines, manufactures, chantiers, les entreprises de transport par terre et par eau, de chargement et de déchargement, les magasins publics, mines, minières, carrières et, en outre, dans toute exploitation ou partie d'exploitation dans laquelle sont fabriquées ou mises en œuvre des matières explosives, ou dans laquelle il est fait usage d'une machine mue par une force autre que celle de l'homme ou des animaux, donnent droit, au profit de la victime ou de ses représentants, à une indemnité à la charge du chef d'entreprise, à la condition que l'interruption de travail ait duré plus de quatre jours.

Les ouvriers qui travaillent seuls d'ordinaire ne pourront être assujettis à la présente loi par le fait de la collaboration accidentelle d'un ou de plusieurs de leurs camarades.

Art. 2. (*Modifié par la loi du 22 mars 1902*). — Les ouvriers et employés désignés à l'article précédent ne peuvent se prévaloir, à raison des accidents dont ils sont victimes dans leur travail, d'aucunes dispositions autres que celles de la présente loi.

Ceux dont le salaire annuel dépasse deux mille quatre cent francs (2400 fr.) ne bénéficient de ces dispositions que jusqu'à concurrence de cette somme. Pour le surplus, ils n'ont droit qu'au quart des rentes stipulées à l'article 3, à moins de conventions contraires élevant le chiffre de la quotité.

Art. 3. — Dans les cas prévus à l'article premier, l'ouvrier ou l'employé a droit :

Pour l'incapacité absolue et permanente, à une rente égale aux deux tiers de son salaire annuel ;

Pour l'incapacité partielle et permanente, à une rente égale à la moitié de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire ;

Pour l'incapacité temporaire, à une indemnité journalière égale à la moitié du salaire touché au moment de l'accident si l'incapacité de travail a duré plus de quatre jours et à partir du cinquième jour.

Lorsque l'accident est suivi de mort, une pension est servie aux personnes ci-après désignées, à partir du décès, dans les conditions suivantes :

A. Une rente viagère égale à 20 0/0 du salaire annuel de la victime pour le conjoint survivant non divorcé ou séparé de corps, à la condition que le mariage ait été contracté antérieurement à l'accident.

En cas de nouveau mariage, le conjoint cesse d'avoir droit à la rente mentionnée ci-dessus; il lui sera alloué, dans ce cas, le triple de cette rente à titre d'indemnité totale.

B. Pour les enfants, légitimes ou naturels, reconnus avant l'accident, orphelins de père ou de mère, âgés moins de 16 ans, une rente calculée sur le salaire annuel de la victime à raison de 15 0/0 de ce salaire s'il n'y a qu'un enfant, de 25 0/0 s'il y en a deux, de 35 0/0 s'il y en a trois, et 40 0/0 s'il y en a quatre ou un plus grand nombre.

Pour les enfants, orphelins de père et de mère, la rente est portée pour chacun d'eux à 20 0/0 du salaire.

L'ensemble de ces rentes ne peut, dans le premier cas, dépasser 40 0/0 du salaire, ni 60 0/0 dans le second.

C. Si la victime n'a ni conjoint ni enfants dans les termes des paragraphes A et B, chacun des ascendants et descendants qui était à sa charge recevra une rente viagère pour les ascendants et payable jusqu'à 16 ans pour les descendants. Cette rente sera égale à 10 0/0 du salaire annuel de la victime, sans que le montant total des rentes ainsi allouées puisse dépasser 30 0/0.

Chacune des rentes prévues par le paragraphe C est, le cas échéant, réduite proportionnellement.

Les rentes constituées en vertu de la présente loi sont payables par trimestre; elles sont incessibles et insaisissables.

Les ouvriers étrangers, victimes d'accidents, qui cesseront de résider sur le territoire français recevront, pour toute indemnité, un capital égal à trois fois la rente qui leur avait été allouée.

Les représentants d'un ouvrier étranger ne recevront aucune indemnité si, au moment de l'accident, ils ne résidaient pas sur le territoire français.

Art. 4. — Le chef d'entreprise supporte, en outre, les frais médicaux et pharmaceutiques et les frais funéraires. Ces derniers sont évalués à la somme de cent francs (100 fr.) au maximum.

Quant aux frais médicaux et pharmaceutiques, si la victime a fait choix elle-même de son médecin, le chef de l'entreprise ne peut être tenu que jusqu'à concurrence de la somme fixée par le juge de paix du canton, conformément aux tarifs adoptés dans chaque département pour l'assistance médicale gratuite.

Art. 5. — Les chefs d'entreprise peuvent se décharger, pendant les trente, soixante ou quatre-vingt-dix premiers jours à partir de l'accident, de l'obligation de payer aux victimes les frais de maladie et l'indemnité temporaire, ou une partie seulement de cette indemnité, comme il est spécifié ci-après, s'ils justifient :

1° Qu'ils ont affilié leurs ouvriers à des sociétés de secours mutuels et pris à leur charge une quote-part de la cotisation qui aura été déterminée d'un commun accord, et en se conformant aux statuts types approuvés par le Ministre compétent, mais qui ne devra pas être inférieure au tiers de cette cotisation ;

2° Que ces sociétés assurent à leur membres, en cas de blessures, pendant trente, soixante ou quatre-vingt-dix jours, les soins médicaux et pharmaceutiques et une indemnité journalière.

Si l'indemnité journalière servie par la société est inférieure à la moitié du salaire quotidien de la victime, le chef d'entreprise est tenu de lui verser la différence.

Art. 6. — Les exploitants de mines, minières et carrières peuvent se décharger des frais et indemnités mentionnés à l'article précédent moyennant une subvention annuelle versée aux caisses ou sociétés de secours constituées dans ces entreprises en vertu de la loi du 29 juin 1894.

Le montant et les conditions de cette subvention devront être acceptés par la société et approuvés par le Ministre des Travaux publics.

Ces deux dispositions seront applicables à tous autres chefs d'industrie qui auront créé en faveur de leurs ouvriers des caisses particulières de secours en conformité du titre III de la loi du 29 juin 1894. L'approbation prévue ci-dessus sera, en ce qui les concerne, donnée par le Ministre du Commerce et de l'Industrie.

Art. 7. — (*Modifié par la loi du 22 mars 1902*[1]. — Indépendam-

ment de l'action résultant de la présente loi, la victime ou ses représentants conservent, contre les auteurs de l'accident, autres que le patron ou ses ouvriers ou préposés, le droit de réclamer la réparation du préjudice causé, conformément aux règles du droit commun.

L'indemnité qui leur sera allouée exonérera à due concurrence le chef de l'entreprise des obligations mises à sa charge. Dans le cas où l'accident a entraîné une incapacité permanente ou la mort, cette indemnité devra être attribuée sous forme de rentes servies par la Caisse nationale des retraites.

En outre de cette allocation sous forme de rentes, le tiers reconnu responsable pourra être condamné, soit envers la victime, soit envers le chef de l'entreprise, si celui-ci intervient dans l'instance, au payement des autres indemnités et frais prévus aux articles 3 et 4 ci-dessus.

Cette action contre les tiers responsable pourra même être exercée par le chef d'entreprise, à ses risques et périls, au lieu et place de la victime ou de ses ayants droit, si ceux-ci négligent d'en faire usage.

Art. 8. — Le salaire qui servira de base à la fixation de l'indemnité allouée à l'ouvrier âgé de moins de 16 ans ou à l'apprenti victime d'un accident ne sera pas inférieure au salaire le plus bas des ouvriers valides de la même catégorie occupés dans l'entreprise.

Toutefois, dans le cas d'incapacité temporaire, l'indemnité de l'ouvrier âgé de moins de 16 ans ne pourra pas dépasser le montant de son salaire.

Art. 9. — Lors du règlement définitif de la rente viagère, après le délai de revision prévu à l'article 19, la victime peut demander que le quart au plus du capital nécessaire à l'établissement de cette rente, calculé d'après les tarifs dressés pour les victimes d'accidents par la Caisse des retraites pour la vieillesse, lui soit attribué en espèces.

Elle peut aussi demander que ce capital, ou ce capital réduit du quart au plus comme vient d'être dit, serve à constituer sur sa tête une rente viagère réversible, pour moitié au plus, sur la tête de son conjoint. Dans ce cas, la rente viagère sera diminuée de façon qu'il ne résulte de la réversibilité aucune augmentation de charges pour le chef de l'entreprise.

Le tribunal, en chambre du conseil, statuera sur ces demandes.

Art. 10. — Le salaire servant de base à la fixation des rentes s'entend, pour l'ouvrier occupé dans l'entreprise pendant les douze mois écoulés avant l'accident, de la rémunération effective qui lui a été allouée pendant ce temps, soit en argent, soit en nature.

Pour les ouvriers occupés pendant moins de douze mois avant l'accident, il doit s'entendre de la rémunération effective qu'ils ont reçue depuis leur entrée dans l'entreprise, augmentée de la rému-

nération moyenne qu'ont reçue, pendant la période nécessaire pour compléter les douze mois, les ouvriers de la même catégorie.

Si le travail n'est pas continu, le salaire annuel est calculé tant d'après la rémunération reçue pendant la période d'activité que d'après le gain de l'ouvrier pendant le reste de l'année.

TITRE II

DÉCLARATION DES ACCIDENTS ET ENQUÊTE

Art. 11. (*Modifié par la loi du 22 mars 1902*). — Tout accident ayant occasionné une incapacité de travail doit être déclaré dans les quarante huit heures, non compris les dimanches et les jours fériés, par le chef d'entreprise ou ses préposés, au maire de la commune qui en dresse procès-verbal et en délivre immédiatement récépissé.

La déclaration et le procès verbal doivent indiquer, dans la forme réglée par décret, les nom, qualité et adresse du chef d'entreprise, le lieu précis, l'heure et la nature de l'accident, les circonstances dans lesquelles il s'est produit, la nature des blessures, les noms et adresses des témoins.

Dans les quatre jours qui suivent l'accident, si la victime n'a pas repris son travail, le chef d'entreprise doit déposer à la mairie, qui lui en délivre immédiatement récépissé, un certificat de médecin indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif.

La déclaration d'accident pourra être faite dans les mêmes conditions par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de l'année qui suit l'accident.

Avis de l'accident, dans les formes réglées par décret, est donné immédiatement par le maire à l'inspecteur départemental du travail ou à l'ingénieur ordinaire des mines chargé de la surveillance de l'entreprise.

L'article 15 de la loi du 2 novembre 1892 et l'article 11 de la loi du 12 juin 1893 cessent d'être applicables dans les cas visés par la présente loi.

Art. 12. (*Modifié par la loi du 22 mars 1902*). — Dans les vingt-quatre heures qui suivent le dépôt du certificat et au plus tard dans les cinq jours qui suivent la déclaration de l'accident, le maire transmet au juge de paix du canton où l'accident s'est produit la déclaration et soit le certificat médical, soit l'attestation qu'il n'a pas été produit de certificat.

Lorsque, d'après le certificat médical, produit en exécution du

paragraphe précédent ou transmis ultérieurement par la victime à la justice de paix, la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente, absolue ou partielle de travail, ou lorsque la victime est décédée, le juge de paix, dans les vingt-quatre heures, procède à une enquête à l'effet de rechercher :

1° La cause, la nature et les circonstances de l'accident;

2° Les personnes victimes et le lieu où elles se trouvent, le lieu et la date de leur naissance;

3° La nature des lésions;

4° Les ayants droit pouvant, le cas échéant, prétendre à une indemnité, le lieu et la date de leur naissance;

5° Le salaire quotidien et le salaire annuel des victimes;

6° La société d'assurances à laquelle le chef d'entreprise était assuré ou le syndicat de garantie auquel il était affilié.

Les allocations tarifées pour le juge de paix et son greffier en exécution de l'article 29 de la présente loi et de l'article 31 de la loi de finances du 13 avril 1900 seront avancées par le Trésor.

Art. 13. — L'enquête a lieu contradictoirement dans les formes prescrites par les articles 35, 36, 37, 38 et 39 du Code de procédure civile, en présence des parties intéressées ou celles-ci convoquées d'urgence par lettre recommandée.

Le juge de paix doit se transporter auprès de la victime de l'accident qui se trouve dans l'impossibilité d'assister à l'enquête.

Lorsque le certificat médical ne lui paraîtra pas suffisant, le juge de paix pourra désigner un médecin pour examiner le blessé.

Il peut aussi commettre un expert pour l'assister dans l'enquête.

Il n'y a pas lieu, toutefois, à nomination d'expert dans les entreprises administrativement surveillées, ni dans celles de l'Etat placées sous le contrôle d'un service distinct du service de gestion, ni dans les établissements nationaux où s'effectuent des travaux que la sécurité publique oblige à tenir secrets. Dans ces divers cas, les fonctionnaires chargés de la surveillance ou du contrôle de ces établissements ou entreprises et, en ce qui concerne les exploitations minières, les délégués à la sécurité des ouvriers mineurs, transmettent au juge de paix, pour être joint au procès-verbal d'enquête, un exemplaire de leur rapport.

Sauf les cas d'impossibilité matérielle dûment constatés dans le procès-verbal, l'enquête doit être close dans le plus bref délai et, au plus tard, dans les dix jours à partir de l'accident. Le juge de paix avertit, par lettre recommandée, les parties de la clôture de l'enquête et du dépôt de la minute au greffe, où elles pourront, pendant un délai de cinq jours, en prendre connaissance et s'en faire délivrer une expédition, affranchie du timbre et de l'enregistrement. A l'expiration de ce délai de cinq jours, le dossier de l'enquête est transmis au président du tribunal civil de l'arrondissement.

ART. 14. — Sont punis d'une amende de un à quinze francs (1 à 15 fr.) les chefs d'industrie ou leurs préposés qui ont contrevenu aux dispositions de l'article 11.

En cas de récidive dans l'année, l'amende peut être élevée de seize à trois cents francs (16 à 300 fr.).

L'article 463 du Code pénal est applicable aux contraventions prévues par le présent article.

TITRE III

COMPÉTENCE. — JURIDICTIONS. — PROCÉDURE. — REVISION

ART. 15. — Les contestations entre les victimes d'accidents et les chefs d'entreprise, relatives aux frais funéraires, aux frais de maladies, ou aux indemnités temporaires, sont jugées en dernier ressort par le juge de paix du canton où l'accident s'est produit, à quelque chiffre que la demande puisse s'élever.

ART. 16. — En ce qui touche les autres indemnités prévues par la présente loi, le président du tribunal de l'arrondissement convoque, dans les cinq jours à partir de la transmission du dossier, la victime ou ses ayants droit et le chef d'entreprise, qui peut se faire représenter.

S'il y a accord des parties intéressées, l'indemnité est définitivement fixée par l'ordonnance du président, qui donne acte de cet accord.

Si l'accord n'a pas lieu, l'affaire est renvoyée devant le tribunal, qui statue comme en matière sommaire, conformément au titre XXIV du livre II du Code de procédure civile.

Si la cause n'est pas en état, le tribunal surseoit à statuer et l'indemnité temporaire continuera à être servie jusqu'à la décision définitive.

Le tribunal pourra condamner le chef d'entreprise à payer une provision; sa décision sur ce point sera exécutoire nonobstant appel.

ART. 17. (*Modifié par la loi du 22 mars 1902*). — Les jugements rendus en vertu de la présente loi sont susceptibles d'appel selon les règles du droit commun. Toutefois, l'appel, sous réserve des dispositions de l'article 449 du Code de procédure civile, devra être interjeté dans les trente jours de la date du jugement s'il est contradictoire et, s'il est par défaut, dans la quinzaine à partir du jour où l'opposition ne sera plus recevable.

L'opposition ne sera plus recevable en cas de jugement par défaut contre partie, lorsque le jugement aura été signifié à personne, passé le délai de quinze jours à partir de cette signification.

La cour statuera d'urgence dans le mois de l'acte d'appel. Les parties pourront se pourvoir en cassation.

Toutes les fois qu'une expertise médicale sera ordonnée, soit par le juge de paix, soit par le tribunal ou par la cour d'appel, l'expert ne pourra être le médecin qui a soigné le blessé, ni un médecin attaché à l'entreprise ou à la société d'assurance à laquelle le chef d'entreprise est affilié.

Art. 18. — (*Modifié par la loi du 22 mars 1902*). — L'action en indemnité prévue par la présente loi se prescrit par un an à dater du jour de l'accident ou de la clôture de l'enquête du juge de paix, ou de la cessation du payement de l'indemnité temporaire.

L'article 55 de la loi du 10 août 1871 et l'article 124 de la loi du 5 avril 1884 ne sont pas applicables aux instances suivies contre les départements ou les communes, en exécution de la présente loi.

Art. 19. — La demande en revision de l'indemnité fondée sur une aggravation ou une atténuation de l'infirmité de la victime ou son décès par suite des conséquences de l'accident, est ouverte pendant trois ans à dater de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision définitive.

Le titre de pension n'est remis à la victime qu'à l'expiration des trois ans.

Art. 20. (*Modifié par la loi du 22 mars 1902*). — Aucune des indemnités déterminées par la présente loi ne peut être attribuée à la victime qui a intentionnellement provoqué l'accident.

Le tribunal a le droit, s'il est prouvé que l'accident est dû à une faute inexcusable de l'ouvrier, de diminuer la pension fixée au titre Ier.

Lorsqu'il est prouvé que l'accident est dû à la faute inexcusable du patron ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, l'indemnité pourra être majorée, mais sans que la rente ou le total des rentes allouées puisse dépasser soit la réduction, soit le montant du salaire annuel.

En cas de poursuites criminelles, les pièces de procédure seront communiquées à la victime ou à ses ayants droit.

Le même droit appartiendra au patron ou à ses ayants droit.

Art. 21. — Les parties peuvent toujours, après détermination du chiffre de l'indemnité due à la victime de l'accident, décider que le service de la pension sera suspendu et remplacé, tant que l'accord subsistera, par tout autre mode de réparation.

Sauf dans le cas prévu à l'article 3, paragraphe A, la pension ne pourra être remplacée par le payement d'un capital que si elle n'est pas supérieure à 100 francs.

Art. 22 (*Modifié par la loi du 22 mars 1902*). — Le bénéfice de l'assistance judiciaire est accordé de plein droit, sur le visa du procureur de la République, à la victime de l'accident ou à ses

ayants droit devant le président du tribunal civil et devant le tribunal.

Le procureur de la République procède comme il est prescrit à l'article 13 (paragraphes 2 et suivants) de la loi du 22 janvier 1851, modifiée par la loi du 10 juillet 1901.

Le bénéfice de l'assistance judiciaire s'applique de plein droit à l'acte d'appel. Le premier président de la cour, sur la demande qui lui sera adressée à cet effet, désignera l'avoué près la cour dont la constitution figurera dans l'acte d'appel, et commettra un huissier pour le signifier

Si la victime de l'accident se pourvoit devant le bureau d'assistance judiciaire pour en obtenir le bénéfice en vue de toute la procédure d'appel, elle sera dispensée de fournir les pièces justificatives de son indigence.

Le bénéfice de l'assistance judiciaire s'étend de plein droit aux instances devant le juge de paix, à tous les actes d'exécution mobilière et immobilière et à toute contestation incidente à l'exécution des décisions judiciaires.

L'assisté devra faire déterminer par le bureau d'assistance judiciaire de son domicile la nature des actes de procédure d'exécution auxquels l'assistance s'appliquera.

TITRE IV

GARANTIES

Art. 23. — La créance de la victime de l'accident ou de ses ayants droit relative aux frais médicaux, pharmaceutiques et funéraires, ainsi qu'aux indemnités allouées à la suite de l'incapacité temporaire de travail, est garantie par le privilège de l'article 2101 du Code civil et y sera inscrite sous le n° 6.

Le payement des indemnités pour incapacité permanente de travail ou accidents suivis de mort est garanti conformément aux dispositions des articles suivants.

Art. 24. — A défaut, soit par les chefs d'entreprise débiteurs, soit par les sociétés d'assurances à primes fixes ou mutuelles, ou les syndicats de garantie liant solidairement tous leurs adhérents, de s'acquitter, au moment de leur exigibilité, des indemnités mises à leur charge à la suite d'accidents ayant entraîné la mort ou une incapacité permanente de travail, le payement en sera assuré aux intéressés par les soins de la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse, au moyen d'un fonds spécial de garantie constitué comme il va être dit et dont la gestion sera confié à la dite Caisse.

Art. 25. — Pour la constitution du fonds spécial de garantie, il sera ajouté au principal de la contribution des patentes des industriels visés par l'article 1er, quatre centimes (0 fr. 04) additionnels. Il sera perçu sur les mines une taxe de cinq centimes (0 fr. 05) par hectare concédé.

Ces taxes pourront, suivant les besoins, être majorées ou réduites par la loi de finances.

Art. 26. — La Caisse nationale des retraites exercera un recours contre les chefs d'entreprise débiteurs, pour le compte desquels des sommes auront été payées par elle, conformément aux dispositions qui précèdent.

En cas d'assurance du chef d'entreprise, elle jouira, pour le remboursement de ses avances, du privilège de l'article 2102 du Code civil sur l'indemnité due par l'assureur et n'aura plus de recours contre le chef d'entreprise.

Un règlement d'administration publique déterminera les conditions d'organisation et de fonctionnement du service conféré par les dispositions précédentes à la Caisse nationale des retraites et, notamment, les formes du recours à exercer contre les chefs d'entreprise débiteurs ou les sociétés d'assurances et les syndicats de garantie, ainsi que les conditions dans lesquelles les victimes d'accidents ou leurs ayants droit seront admis à réclamer à la Caisse le payement de leurs indemnités.

Les décisions judiciaires n'emporteront hypothèque que si elles sont rendues au profit de la Caisse des retraites exerçant son recours contre les chefs d'entreprise ou les compagnies d'assurances.

Art. 27. — Les compagnies d'assurances mutuelles ou à primes fixes contre les accidents, françaises ou étrangères, sont soumises à la surveillance et au contrôle de l'État et astreintes à constituer des réserves ou cautionnements dans les conditions déterminées par un règlement d'administration publique.

Le montant des réserves ou cautionnements sera affecté par privilège au payement des pensions et indemnités.

Les syndicats de garantie seront soumis à la même surveillance et un règlement d'administration publique déterminera les conditions de leur création et de leur fonctionnement.

Les frais de toute nature résultant de la surveillance et du contrôle seront couverts au moyen de contributions proportionnelles au montant des réserves ou cautionnements, et fixés annuellement, pour chaque compagnie ou association, par arrêté du Ministre du Commerce.

Art. 28. — Le versement du capital représentatif des pensions allouées en vertu de la présente loi ne peut être exigé des débiteurs.

Toutefois, les débiteurs qui désireront se libérer en une fois

pourront verser le capital représentatif de ces pensions à la Caisse nationale des retraites, qui établira à cet effet, dans les six mois de la promulgation de la présente loi, un tarif tenant compte de la mortalité des victimes d'accidents et de leurs ayants droit.

Lorsqu'un chef d'entreprise cesse son industrie, soit volontairement, soit par décès, liquidation judiciaire ou faillite, soit par cession d'établissement, le capital représentatif des pensions à sa charge devient exigible de plein droit et sera versé à la Caisse nationale des retraites. Ce capital sera déterminé, au jour de son exigibilité, d'après le tarif visé au paragraphe précédent.

Toutefois, le chef d'entreprise ou ses ayants droit peuvent être exonérés du versement de ce capital, s'ils fournissent des garanties qui seront à déterminer par un règlement d'administration publique.

TITRE V

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Art. 29. — Les procès-verbaux, certificats, actes de notoriété, significations, jugements et autres actes faits ou rendus en vertu et pour l'exécution de la présente loi, sont délivrés gratuitement, visés pour timbre et enregistrés gratis lorsqu'il y a lieu à la formalité de l'enregistrement.

Dans les six mois de la promulgation de la présente loi, un décret déterminera les émoluments des greffiers de justice de paix pour leur assistance et la rédaction des actes de notoriété, procès-verbaux, certificats, significations, jugements, envois de lettres recommandées, extraits, dépôts de la minute d'enquête au greffe, et pour tous les actes nécessités par l'application de la présente loi, ainsi que les frais de transport auprès des victimes et d'enquête sur place.

Art. 30. — Toute convention contraire à la présente loi est nulle de plein droit.

Art. 31. — Les chefs d'entreprise sont tenus, sous peine d'une amende de un à quinze francs (1 à 15 fr.), de faire afficher dans chaque atelier la présente loi et les règlements d'administration relatifs à son exécution.

En cas de récidive dans la même année, l'amende sera de seize à cent francs (16 à 100 fr.).

Les infractions aux dispositions des articles 11 et 31 pourront être constatées par les inspecteurs du travail.

Art. 32. — Il n'est point dérogé aux lois, ordonnances et règlements concernant les pensions des ouvriers, apprentis et journaliers

appartenant aux ateliers de la marine et celles des ouvriers immatriculés des manufactures d'armes dépendant du Ministère de la guerre.

Art. 33. — La présente loi ne sera applicable que trois mois après la publication officielle des décrets d'administration publique qui doivent en régler l'exécution.

Art. 34. — Un règlement d'administration publique déterminera les conditions dans lesquelles la présente loi pourra être appliquée à l'Algérie et aux colonies.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État.

LOI DU 30 JUIN 1899

Concernant les accidents causés par les exploitations agricoles, par l'emploi des machines mues par des moteurs inanimés.

(*Journal officiel* du 1er juillet 1899.)

Article unique. — Les accidents occasionnés par l'emploi des machines agricoles mues par des moteurs inanimés et dont sont victimes, par le fait ou à l'occasion du travail, les personnes, quelles qu'elles soient, occupées à la conduite ou au service de ces moteurs ou machines, sont à la charge de l'exploitant du dit moteur.

Est considéré comme exploitant, l'individu ou la collectivité qui dirige le moteur ou le fait diriger par ses préposés.

Si la victime n'est pas salariée ou n'a pas un salaire fixe, l'indemnité due est calculée selon les tarifs de la loi du 9 avril 1898, d'après le salaire moyen des ouvriers agricoles de la commune.

En dehors du cas ci dessus déterminé, la loi du 9 avril 1898 n'est pas applicable à l'agriculture.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'État.

II

Tarif des honoraires médicaux en cas d'accidents adopté par l'Association des Médecins de la Gironde.

1. Constatation d'accident avec certificat de déclaration à la mairie et son duplicata pour la Compagnie, et certificat de guérison, sans soins médicaux : Fr. 10.

2. Honoraires dans le cas d'accidents avec soins médicaux, mais sans intervention chirurgicale d'aucune sorte :

Constatation et certificats	Fr.	10	»
Soins médicaux.		5	»
Total.	Fr.	15	»

3. Honoraires dans le cas d'accidents avec soins médicaux et intervention chirurgicale :

Constatation et certificats	Fr.	10	»
Soins médicaux avec intervention de petite chirurgie		10	»
Total.	Fr.	20	»

En cas d'opération de grande chirurgie, le chiffre de 20 francs sera majoré du chiffre correspondant du tarif de grande chirurgie établi plus bas.

4. Certificat supplémentaire délivré pendant le traitement : Fr. 5.

Petite chirurgie.

Sont considérées comme opérations de petite chirurgie les interventions suivantes :

Incisions, débridements, ponctions au bistouri ou au thermocautère, anesthésie locale, rapprochement des plaies par suture simple, extraction de corps étrangers superficiels, ablation d'esquilles libres, section de parties molles condamnées, hémostase (sauf les ligatures de certaines artères prévues au tarif de grande chirurgie), massage, électrisation, saignée, application de ventouses, pansement de brûlures, traitement de l'asphyxie, évacuation de foyers sanguins, taxis, réduction des luxations des doigts (sauf le pouce porté au tarif de grande chirurgie), réduction de luxation des orteils, injections sous-cutanées (morphine caféine, sérums, etc.), extraction de corps étrangers de l'œil, cautérisation

par les caustiques, application de pointes de feu, cathétérisme des voies urinaires, extraction de corps étrangers du nez ou de l'oreille, avulsion des dents.

Tarif de grande chirurgie.

(dont le chiffre vient s'ajouter au tarif à forfait inscrit plus haut)

Luxations.

Pouce. . . . . . . Fr.	10 »	Épaule . . . . . . Fr.	30 »
Mâchoire inférieure. .	10 »	Pied.	20 »
Poignet.	10 »	Genou	40 »
Coude.	30 »	Hanche.	80 »

Fractures.

Crâne (ablation d'esquilles, fractures de la base). . Fr.	20 »
Crâne (trépanation).	50 »
Os de la main.	10 »
Os du pied	15 »
Côtes	10 »
Maxillaire inférieur.	20 »
Clavicule	20 »
Extrémité inférieure du radius	10 »
Avant-bras	15 »
Coude.	30 »
Bras	25 »
Épaule	30 »
Pied (intéressant l'articulation tibio-tarsienne)	50 »
Péroné	20 »
Jambe	40 »
Rotule	50 »
Fémur (diaphyse).	80 »
— (extrémité supérieure).	100 »
Bassin.	40 »
Colonne vertébrale	100 »

Pour les fractures compliquées, quel que soit le siège de la fracture, il sera perçu en plus 20 francs.

Amputations et désarticulations.

Doigts . . . . . . Fr.	15 »	Orteils . . . . . . Fr.	15 »
Métacarpiens.	20 »	Métatarsiens	20 »
Poignet.	40 »	Pied	50 »
Avant bras.	40 »	Jambe	80 »
Coude	60 »	Genou	100 »
Bras	60 »	Cuisse	100 »
Épaule	100 »	Hanche.	150 »

LIGATURES D'ARTÈRES.

Sous clavière . . . Fr.	60 »	Fémorale. . . . . Fr.	40 »
Humérale.	40 »	Poplitée	40 »
Cubitale	20 »	Tibiale	20 »
Radiale.	20 »	Péronière.	20 »
Iliaque externe. . . .	60 »		

OPÉRATIONS DIVERSES.

Sutures des tendons. . . . . Fr.	50 »
— des nerfs	50 »
Uréthrotomie externe.	100 »
Ponction de la vessie (la première).	20 »
— — (les suivantes).	10 »
Kélotomie.	100 »
Trachéotomie.	100 »
Laparotomie	200 »
Extraction de corps étrangers des tissus profonds. . .	30 »
Thoracentèse	30 »
Paracentèse (la première)	20 »
— (les suivantes).	10 »
Phlegmon diffus (incisions multiples et drainages). . .	30 »
Plaies étendues du crâne ou de la face.	10 »
Brûlures étendues du 3ᵉ au 5ᵉ degré (traitement).	30 »
Anesthésie générale (cas de petite chirurgie).	10 »
Anesthésie générale (cas de grande chirurgie)	20 »
Première visite d'urgence, la nuit	5 »

CONSULTATIONS ENTRE CONFRÈRES.

Pour chaque médecin consultant : Fr. 10.

Assistance et coopération à une opération de grande chirurgie ; le tarif pour chacun des aides sera :

Opérations tarifiées jusqu'à 40 francs. Fr.	10 »
— — au-dessus de 40 francs.	le 1/4 du tarif.

SPÉCIALISTES.

Honoraires à débattre.

LÉSIONS MULTIPLES.

En cas de lésions multiples, le tarif sera appliqué entier pour la plus grave, réduit de moitié pour les autres.

FRAIS DE DÉPLACEMENT.

Dans le cas où le blessé habite en dehors de la résidence du médecin, il est alloué 50 centimes par kilomètre à l'aller.

TABLE ALPHABÉTIQUE

(Les numéros renvoient aux paragraphes.)

Abcès cérébraux. — 374, 375.
Accident. — Définition, 2, 3, 4, 5. — Caractères constitutifs, 6. — Cause extérieure, 7. — Soudaineté, 8, 9, 10. — Violence, 11. — Production dans le travail, 14, ou à l'occasion du travail, 15.
Acide carbonique (Intoxication par l'). — 31.
Acuité visuelle. — Diminution, 618, 619, 620, 621, 622.
Adhérences pleurales. — 254, 255, 256, 645.
Age. — Influence sur la réparation des blessures, 161.
Agraphie. — 599.
Air comprimé (Travail dans l'). — 36.
Albuminurie — 353.
Alcoolisme et traumatisme. — 163.
Amnésie. — 378, 379, 598.
Anévrysmes en général, 281 ; de l'aorte, 282.
Anilisme. — 29.
Annulaire (Perte de l'). — 697.
Anthracoses. — 33.
Aphasie. — 371, 599.
Apoplexie par effort. — 108, 189, 110.
Appareil de prothèse (Frais nécessités par un). — 570.
Appendicite. — 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317.
Arsenic (Intoxication par). — 28.
Arthrite tuberculeuse. — 158; blennorrhagique, 210.
Astragale (Fractures de l'). — 721.
Asystolie. — 276, 277, 278, 279.
Atrophies musculaires. — 432, 433, 434, 435. — Réflexes, 436. — Hystériques, 437
Atrophie musculaire progressive. — 391, 392, 602.
Auriculaire (Perte de l'). — 698.
Autopsie. — 144, 145, 146, 147, 148, 149, 532.
Avant-bras. — Raccourcissement, 683; déformation, 684; perte, 685.
Avortement après traumatisme. — 369.
Bassin. — Fracture, 704.

Benzine (Intoxicat. par la). — 29.
Blennorrhagie. — Rhumatisme blennorrhagique, 209.
Bras (Perte du). — 572, 681.
Bronchites. — 249.
Broncho-pneumonies. — 249.
Calcanéum (Fractures du). — 721.
Cancer. — Influence sur les lésions traumatiques, 166. — Origine traumatique, 212, 213, 214. — Aggravation par un traumatisme, 215, 216. — Par affaiblissement général, 217. — Évaluation du degré d'incapacité, 591, 592.
Cardiopathie. — Influence sur les lésions traumatiques, 167.
Cataracte professionnelle, 34; traumatique, 462, 626.
Cécité monolatérale. — 623, 624, 625.
Cérébraux (Troubles). — 601.
Certificat médical (Premier). — Intérêt de son établissement immédiat, 126, 127. — Cas où le chef d'entreprise en est dispensé, 128. — Droit de l'ouvrier à le déposer, 128. — Contenu 129, 130, 131, 132, 133. — Formule d'établissement, 133. — Par qui doit-il être établi, 134, 135, 136. — Secret professionnel, 137. — Établissement du certificat à l'hôpital, 138. — Refus par le médecin, 139. — Paiement du certificat, 140.
Chalicose. — 33.
Champ visuel. — Rétrécissement, 616.
Charbon. — 32, 126.
Chlore (Intoxicat. par le). — 30.
Choroïde (Rupture de la). — 464.
Chylothorax. — 260.
Ciliaire (Plaies de la région). — 457.
Cirrhose du foie. — 321.
Clavicule (Fracture de la). — 678.
Cœur forcé. — 276,
Colonne vertébrale. — Fractures, 603; luxations, 603.
Commotion cérébrale. — 371.
Commotion médullaire. — 387.
Complications infectieuses des plaies. — 172, 173.
Congélation. — 45.
Conjonctivales (Adhérences). — 616.
Conjonctive. — Corps étrangers, 442; brûlures, 458.
Consolidation. — 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521.
Cordon spermatique (Torsion du). — 81.
Cornée. — Corps étrangers, 442, 443; ulcère infectieux malin, 444; plaies, 451; ulcères à hypopyon, 452; brûlures, 458; rupture, 465.
Corps vitré. — Hémorrhagies, 463.
Coude (Lésions du). — 682.
Coup de chaleur. — 44.

Coup de fouet. — 114, 115.
Coup de froid. — 45.
Crane (Fractures du). — 595.
Cristallin. — Blessures, 456, 461 ; subluxation, 616.
Cuisse (Amputation de la). — 708, 709.
Cuivre (Intoxication par le). — 28.
Cyanures (Intoxication par les). — 30.
Cyphose. — 603.
Déclaration d'accident. — 125.
Déformations professionnelles. — 38.
Delirium tremens. — 164.
Dermatites professionnelles. — 35.
Dermatoconioses. — 33.
Diabète. — Influence sur les lésions traumatiques, 167. — Diabète sucré, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226. — Diabète insipide, 227, 228, 229, 230. — Évolution, 593.
Diathèses et traumatisme. — 162.
Diplopie. — 616.
Doigts. — Ankylose, 690, 692. — Perte 693, 699. — Cicatrices, 691.
Duodénum (Ulcère du). — 303.
Durillon forcé. — 40.
Ectopie testiculaire. — 82.
Embolie. — 283, 284.
Empirique (Soins par un). — 490.
Endocardites. — 270, 271, 272, 273, 274, 275, 648, 649.
Enquête après accident. — 141.
Entérite phlegmoneuse. — 300.
Entéroconioses. — 39.
Entropion. — 616.
Epaule. — Ankylose, 675, 676. — Laxité articulaire, 677. — Luxation récidivante, 677.
Epididyme (Hémorrhagies de l'). — 76.
Epilepsie. — Cause d'accident, 158. — Post-traumatique, 381, 382. — Jacksonienne, 381. — Évaluation, 596.
Estomac. — Traumatismes, 289, 290. — Ulcère 291, 292, 293, 294, 663. — Dilatation, 296, 297, 298. — Troubles fonctionnels, 299.
État antérieur au traumatisme. — 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156.
Etranglement herniaire. — 63.
Expertise médico-légale. — Par qui peut-elle être ordonnée ? 522. — Droit des parties à se faire représenter, 528, 529, 530, 531. — Examen du blessé, 533, 534. — Rapport, 535, 536, 537, 538.
Experts. — 523, 524. — Incompatibilité, 525. — Récusation, 526.
Faute inexcusable. — 17, 18, 19, 20.
Fémur. — Fracture, 707. — Pseudarthrose, 707.
Fièvre jaune. — 126.
Fistule anale. — 201.

FISTULE URINAIRE. — 671.
FOIE. — Influence de ses affections sur les lésions traumatiques, 167. — Foie mobile, 70. — Traumatismes, 318. — Abcès, 319, 320. — Cirrhose, 321. — Kyste hydatique, 322, 323, 324, 325.
FORCE MAJEURE. — 42.
FULGURATION. — 43.
GANGRÈNE PULMONAIRE. — 250, 251, 252.
GENOU. — Entorse 711. — Ankylose, 713. — Mobilité anormale, 712. — Luxation, 713.
GLYCOSURIE. — Transitoire, 219; alimentaire, 220.
GOUTTE. — 231, 232, 233.
GROSSESSE ET TRAUMATISME. — 368.
HANCHE. — Affections douloureuses, 705. — Ankylose, 706. — Luxation, 706.
HÉMATÉMÈSES par effort, 107; traumatiques, 290.
HÉMATOMYÉLIE. — 409.
HÉMATURIE. — 353.
HÉMIPLÉGIE. — 371, 372.
HÉMOPHILIE. — 159.
HÉMOPTYSIES par effort, 103, 104, 105, 106; traumatiques, 238.
HÉMORRHAGIES cérébrales par effort, 108, 109; cérébrales tardives, 377; intestinales, 301; méningées, 376; rétro-placentaires, 370.
HÉMORRHOÏDES. — 283.
HÉMOTHORAX. — 258.
HERNIES. — 46, 47, 48, 650; cicatricielles, 46, 652; de faiblesse 49; congénitales, 50; de force, 51; inguinales, 651; crurales, 56, 653; ombilicales et adombilicales, 57, 654; épigastriques, 58, 655; diaphragmatiques, 59, 656; obturatrices, 60, 657; lombaires, 61, 658; ischiatiques, 62, 659; étranglées, 63; cure radicale, 660; hernie musculaire, 715.
HONORAIRES MÉDICAUX. — 503, 504. — Tarif, 505. — Procédure, 506, 507, 508. — Prescription, 509. — Honoraires des chirurgiens et médecins d'hôpitaux, 511. — En matière d'expertise, 539. — Premier certificat, 140. — Privilège, 510.
HOSPITALISATION des blessés du travail, 500. — Ordonnée par les tribunaux, 501.
HUMÉRUS. — Fractures, 680. — Pseudarthrose, 680.
HYDROCARBURES (INTOXICAT. PAR). — 29.
HYDROCÈLE. — Rupture, 78.
HYDRONÉPHROSE. — 358, 359, 360. — Rupture, 362. — Evaluation, 667.
HYGROMA. — 40.
HYPOHÉMA. — 460.
HYSTÉRIE OCULAIRE. — 639.
HYSTÉRO-TRAUMATISME. — 417, 418, 419, 423, 427. — Expérimental, 420. — Etiologie, 421, 422. — Histoire clinique, 424, 425. — Pro-

nostic, 426. — Diagnostic et expertise, 429, 430, 431. — Responsabilité patronale, 428.
Ictère traumatique. — 327. — Émotif, 328, 329, 330, 331.
Iléus paralytique. — 304.
Impaludisme. — Accident du travail, 126. — Rechute après traumatisme, 211.
Incapacité absolue. — 571, 572, 573.
Incapacité permanente partielle. — 558. — Barèmes, 559. — Appréciation, 560, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569.
Incapacité temporaire. — 512. — Relative, 577.
Incontinence d'urine. — 671.
Index (Perte de l'). — 695.
Industries soumises a la loi. — 12.
Infarctus hémorrhagique du scrotum. — 83.
Infections. — 166, 172, 173, 174, 175.
Infirmités préexistantes. — 169, 569.
Inondation. — 43.
Insolation. — 44.
Intestin. — Traumatisme, 300. — Hémorrhagie, 301 — Sténose, 308, 309.
Intoxication. — 27, 163, 164, 165.
Invagination intestinale. — 305.
Iris. — Hernie, 455. — Blessures, 461.
Ivresse. — 21.
Jambe. — Amputation, 572. — Fracture, 714. — Perte totale, 716.
Kyste hydatiques du foie. — 322, 323, 324, 325.
Kystes pancréatiques séreux. — 335.
Kystes de l'arrière cavité des épiploons. — 336.
Labyrinthe. — Hémorrhagies, 476.
Leucémie. — 285, 286, 287, 288, 594.
Lithiase biliaire. — 326.
Lithiase rénale. — 363, 364, 365, 366, 367.
Lumbago. — Maladie professionnelle, 34. — Discussion de l'origine accidentelle, 110, 111, 112.
Lymphadénie. — 594.
Main. — Perte totale, 687. — Perte partielle, 688.
Maladies infectieuses professionnelles. — 32.
Maladies mentales. — 597.
Maladies post-traumatiques et traumatiques. — 170, 171, 176.
Maladies professionnelles. — 23, 24, 25, 40, 41. — Division, 26.
Malaria et traumatisme. — 211.
Massage. — 497.
Mécanothérapie. — 498.
Médecin. — Choix, 481, 482, 483. — Société de secours mutuels, 484. — Médecin de Compagnies d'assurances, 485. — Droit de visite, 486, 487, 488. — Médecin appelé en second lieu par l'ouvrier, 489. — Faute lourde, 493. — Non responsabilité du patron, 492.

Médecine des accidents. — 494, 495, 496.
Médius. — 696.
Membre inférieur. — 700. — Raccourcissement, 701, 702, 703.
Membres. — Différences normales, 551.
Méningites. — 373. — Tuberculeuses, 196, 197.
Méphitisme (intoxication par). — 31.
Mercure (intoxication par). — 28.
Métatarse. — Fractures, 116, 117, 118, 119, 120, 121.
Moelle épinière. — 387. — Compression, 388. — Hémorrhagies, 409.
Morphinisme et traumatisme. — 165.
Mort dans le travail. — 142, 143, 145. — Preuve de l'accident, 144. — Cas où la preuve n'est pas faite, 146. — Mort subite par affection chronique, 147 ; par léger traumatisme, 148 ; par inhibition, 149.
Morve. — 32.
Mydriase professionnelle. — 34.
Myélite. — 390.
Myocardite. — 266, 267, 268, 269, 647.
Myosis professionnel. — 34.
Nécrose graisseuse. — 337, 338, 339, 340.
Néphrectomie. — 669.
Néphrite. — 352, 353, 354, 355, 356, 357, 666.
Néphroptose. — Voir Rein mobile.
Névralgies. — Du cordon spermatique, 672. — Intercostales, 644.
Névrites et réparation des plaies. — 165.
Névrose traumatique. — 417, 418, 419, 420, 423, 427. — Étiologie 421, 422. — Histoire clinique 424, 425. — Pronostic, 426. — Diagnostic et expertise, 429, 430, 431. — Responsabilité patronale, 428. — Évaluation, 600.
Nosoconioses. — 33.
Occlusion intestinale aiguë. — 304, 305, 306, 307. — Chronique, 308, 309.
Œdème dur du dos de la main. — 542.
Œil. — Traumatisme, 438, 439, 440. — Corps étrangers, 441, 447, 448, 449. — Plaies profondes, 443, 454. — Contusions, 459, 460. — Traumatismes indirects, 467. — Œil et névrose traumatique, 468. — Influence de l'état antérieur, 469, 470, 471. — Expertise, 604, 605, 606, 607, 608.
Œsophage. — Ulcère, 295.
Omoplate. — Fractures, 679.
Opération (refus de l'). — 491, 627, 628, 629, 630.
Ophthalmie sympathique. — 609, 610, 611.
Ophthalmoconioses. — 33.
Orbite. — Corps étrangers, 445, 446.
Orchite traumatique. — 73, 84, 85. — Orchite par effort, 73, 74, 75 86, 87. — Orchite tuberculeuse, 78, 79, 199.

OREILLE. — Commotion, 472. — Écoulement chronique, 643. — Blessures, 640.
ORTEILS. — 722.
OS. — Fragilité particulière, 160. — Effort nécessaire pour la rupture, 110.
OSTÉITE TUBERCULEUSE. — 198.
OSTÉOMYÉLITE. — 173.
OTITE MOYENNE. — 474.
OURAGAN. — 43.
OXYDE DE CARBONE (INTOXICAT. PAR). — 28, 41.
PALUDISME. — Influence sur le traumatisme 166.
PANCRÉAS. — Traumatisme 333. — Nécrose 337, 338, 339, 340.
PANCRÉATITE HÉMORRHAGIQUE. — 334.
PARALYSIE AGITANTE. — 414, 415, 416, 602.
PARALYSIE FACIALE. — 616.
PARALYSIE GÉNÉRALE. — 383.
PARALYSIE SPASMODIQUE SPINALE. — 410.
PAUPIÈRES. — Corps étrangers, 445.
PÉRICARDITES. — 262, 263, 264. — Tuberculeuses, 194. — Évaluation, 646.
PÉRITONITES. — Aiguës, 341, 342, 343, 344, 345. — Circonscrites, 346. — Chroniques, 347, 348, 349, 350, 661. — Tuberculeuses, 195.
PESTE. — Origine accidentelle, 126.
PÉTROLE (INTOXICAT. PAR). — 29.
PHLÉBITE. — 283.
PHOSPHORE (INTOXICAT. PAR). — 28.
PIED. — Mouvements, 717. — Ankylose, 718, 719. — Perte, 720. — Pied forcé, 116, 117, 118, 119, 120. — Pied plat, 721.
PLEURÉSIES. — Chyliformes, 260. — Hémorrhagiques, 258. — Purulentes, 259. — Sèches, 254, 255, 256. — Séro-fibrineuses, 257. — Tuberculeuses, 191, 192, 193.
PLOMB (INTOXICAT. PAR). — 9, 27.
PNEUMOCONIOSES. — 33.
PNEUMONIES A SCORIES. — 33.
PNEUMONIE TRAUMATIQUE. — 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242. — Par traumatisme éloigné, 243, 244, 245, 246, 247. — Par refroidissement, 5, 25, 248. — Par insolation ou brûlure, 248.
PNEUMOTHORAX par effort. — 97, 98, 99, 100, 101, 102.
POIGNET. — Ankylose, 686.
POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE. — 391.
PORENCÉPHALIE. — 380.
POUCE. — 694.
PROLAPSUS DE L'UTÉRUS. — 674.
PSEUDO-HYDRONÉPHROSES. — 361.
PSYCHOSES. — 384, 385, 386.
PYLORE. — Sténoses, 296, 297.

Rate mobile. — 71.
Refus d'opération. — 491, 627, 628, 629, 630.
Reins. — Influence de leurs maladies sur le traumatisme, 167. — Rein mobile, 65, 66, 67, 68, 69, 668. — Traumatismes, 351.
Rentes. — Echelonnées, 577. — Rachat, 579, 580.
Révision. — 723, 724, 725, 726, 727, 728.
Rhumatisme articulaire aigu. Par refroidissement, 206. — Par traumatisme, 207, 208.
Rhumatisme blennorrhagique. — 209, 210.
Rhumatisme chronique. — 234.
Saturnisme. — 9, 27, 165.
Sciatique. — 710.
Sclérose en plaques. — 412, 413, 602.
Sclérose latérale amyotrophique. — 411, 602.
Sclérotique. — Ruptures, 466.
Scoliose. — 603.
Secret professionnel. — 137.
Sidéroses. — 33.
Signe de Mankopf, 547. — De Müller 548. — De Trotmann, 550.
Simulation. — Fréquence, 540, 543. — Assimilation à l'escroquerie, 541.
Moyens de la déjouer, 545, 546. — Simulation de l'hyperesthésie, 547. — De l'anesthésie, 548. — De la surdité, 550. — Des troubles visuels, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638. — Des troubles de motilité, 551. — Des troubles articulaires, 552. — De paralysie flasque, 553. — De faiblesse musculaire, 554. — Des tremblements, 555.
Soins médicaux. — Défaut, 128, 22. — Refus, 491.
Splénectomie. — 665.
Splénite. — 332, 664.
Sténose du pylore. — 662.
Subluxations professionnelles. — 38.
Suppurations tardives. — 173.
Surdité professionnelle, 37. — Origine, 477. — Pronostic, 478, 479, 480. — Evaluation, 641.
Syphilis. — Réveil par le traumatisme, 204, 205. — Compliquant un ancien traumatisme, 205. — Infectant une plaie, 175. — Influence sur la réparation des plaies, 166. — Syphilis des verriers, 121, 122, 123, 124. — Evolution, 590.
Syringomyélie. — 403, 404, 405, 406, 407, 408, 602.
Tabes. — 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 602.
Ténosites professionnelles. — 39.
Testicule. — Ectopie, 82. — Perte, 673.
Tétanos. — 174.
Torsion de l'épiploon. — 64.
Torticolis. — 113.

TRAITEMENT THERMAL. — 502.
TRÉPANATION. — 595.
TUBERCULOSE. — Inoculation directe, 177. — Post traumatique, 178, 179, 180, 181, 182. — Influence sur la réparation, 166. — Anale, 201. — Mammaire, 200, 589. — Méningée, 196, 197. — Osteo-articulaire, 198, 589. — Péricardique, 194, 587. — Péritoneale, 195 588. — Pleurale, 191, 192, 193, 586. — Pulmonaire, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 583, 584, 585. — Testiculaire, 79, 199, 589.
TUMEURS CÉRÉBRALES. — 372.
TYMPAN. — Ruptures, 473.
URÈTHRE. — Ruptures, 670.
UTÉRUS. — Prolapsus, 72, 674.
VALVULAIRES (RUPTURES). — 648.
VALVULES DU COEUR. — Ruptures traumatiques, 88, 89, 90. — Par effort, 91, 92, 93. — Symptomatologie, 94. — Marche, 95. — Diagnostic et expertise, 96.
VARICES. — Influence sur les traumatismes, 168. — Traumatiques, 283.
VARICOCÈLE. — 283.
VARIOLE. — 32.
VERTIGE cause d'accident. — 158.
VERTIGES AURICULAIRES. — 642, 475.
VOLVULUS. — 306.

TABLE DES MATIÈRES

Préface I
Introduction. 1

PREMIÈRE PARTIE

L'ACCIDENT ET SES SUITES IMMÉDIATES

Chapitre premier. — *Les faits visés par la loi*. 7

L'article 1er de la loi. Il ne définit pas le mot accident. Interprétation des commentateurs. Définition de l'Office impérial allemand. La lésion corporelle doit résulter d'un fait anormal se produisant soudainement, avec violence. L'accident doit survenir par le fait ou à l'occasion du travail. La faute inexcusable. Sa définition. L'ivresse, le défaut de soins, envisagés comme faute lourde.

Chapitre II. — *Les limites de la loi*. — I. *Les maladies professionnelles* 23

Distinction entre accidents et maladies professionnelles. Intérêt pour le médecin de connaître celles-ci. Principe de la distinction. Division des maladies professionnelles. Affections dues aux produits manipulés : intoxications, maladies infectieuses, nosoconioses. Affections dues aux conditions du travail : travail devant les feux, travail à l'humidité, travail dans l'air comprimé, travail dans le bruit. Lésions dues à l'attitude et aux mouvements professionnels : durillon forcé et hygroma suppuré. Conclusion.

II. *Les cas de force majeure*. 41

Les cas de force majeure et la loi du 9 avril 1898. L'aggravation du risque par le travail. Insolation. Coup de chaleur. Coup de froid.

Chapitre III. — *Étude de quelques faits d'interprétation difficile.* — I. *Les hernies abdominales* 47

Classification des hernies. Hernies orificielles et hernies cicatricielles. Jurisprudence : diverses solutions admises. Hernies de faiblesse, hernies congénitales. Hernies de force : leurs caractères. Arrêts divers. Cas nombreux attribués à tort à un effort. Raisons de cette erreur. Diagnostic et expertise. Schéma pour servir à l'examen d'un hernieux. Hernies inguinale, crurale, ombilicale, adombilicale, épigastrique, diaphragmatique, obturatrice, lombaire, ischiatique. Étranglement herniaire. Torsion de l'épiploon. Rein mobile, néphroptose. Foie mobile, hépatoptose. Rate mobile, splénoptose. Prolapsus de l'utérus.

II. *L'orchite par effort* 68

Conception de l'orchite par effort. Simulation possible. Diversité des lésions rangées sous le nom d'orchite par effort. Hémorrhagies épididymaires. Hydro-hématocèles rompues. Tuberculose testiculaire. Tumeurs du testicule. Torsion du cordon spermatique. Ectopie traumatique du testicule. Infarctus hémorrhagique du scrotum. Cas où le traumatisme et l'effort ont joué un certain rôle. Manière de diriger l'expertise.

III. *Les ruptures valvulaires du cœur* 81

Ruptures traumatiques. Faits expérimentaux. Pathogénie. Faits cliniques : valvules aortiques, valvule mitrale, valvules pulmonaires, valvule tricuspide. Ruptures par effort. Expériences de Potain et Barié. Travail musculaire, effort et pression artérielle. Faits cliniques. Symptomatologie. Marche. Expertise : immédiatement après l'accident, longtemps après le traumatisme.

IV. *Le pneumothorax par effort* 90

Pneumothorax brusque sans traumatisme. Pneumothorax par traumatisme certain. Pneumothorax des conscrits. Pneumothorax dans l'effort. Physiologie de l'effort. Lésions pulmonaires préexistantes. Conclusion.

V. *Hémoptysie; Hématémèse; Hémorrhagie cérébrale* . 97

a) *Hémoptysie*. Fréquence de l'hémoptysie dans le travail. L'effort ne peut provoquer une hémoptysie chez un sujet sain, mais il peut le faire s'il y a déjà des altérations pulmonaires. Hémoptysies précoces et tardives. Sur quoi se baser pour établir s'il y a ou non accident.

b) *Hématémèse* : L'effort ne le provoque jamais que s'il y a lésion préexistante.

c) *Hémorrhagie cérébrale, apoplexie :* Influence de l'état des vaisseaux cérébraux. Jurisprudence étrangère et française.

VI. *Le lumbago. Le coup de fouet* 103

Imprécision du mot lumbago. Diverses espèces de lumbago : traumatique, rhumatismal, par effort. Torticolis et tortithorax. Coup de fouet : ce qu'il faut entendre par ce terme. Étiologie. Conclusion.

VII. *Le pied forcé* 708

Théories diverses sur le pied forcé. Cas où l'origine traumatique n'est pas douteuse. Cas où la lésion n'est pas vérifiée immédiatement. Conclusion.

VIII. *La syphilis des verriers* 111

Étiologie de la syphilis des verriers. La syphilis des verriers n'est pas une maladie professionnelle, mais elle ne rentre pas plus dans les faits visés par la loi de 1898. La Jurisprudence la classe parmi les accidents du travail. Comment, en adoptant cette opinion, doit-on évaluer la réduction de salaire subie ?

IX. *Les maladies inoculées par piqûres d'insectes* 115

Chapitre IV. — *La déclaration d'accident et le premier certificat* 119

Délai dans lequel l'accident doit être déclaré. Intérêt de l'établissement rapide du premier certificat médical. Obligation du patron de fournir le premier certificat médical. Cas où il en est dispensé. Établissement du certificat. Formule. Qui peut établir le certificat ? Médecin du patron et médecin de l'ouvrier. Cas où le blessé est soigné à l'hôpital. Certificat et secret professionnel. Refus du certificat par le médecin. Honoraires dus pour le certificat. La première enquête du juge de paix.

Chapitre V. — *La mort dans le travail* 133

Silence de la loi sur la procédure à suivre en cas de mort. Mort subite dans le travail et mort par le travail. Jurisprudence. Importance de l'autopsie pour le patron et pour l'ouvrier. Affections permettant le travail, tout en exposant à la mort subite. Mort par inhibition.

DEUXIÈME PARTIE

LES SUITES DE L'ACCIDENT

I

Complications des traumatismes.

CHAPITRE Ier. — *Influence de l'état antérieur de la victime* . 141

Opinions émises antérieurement à la loi de 1898 sur la responsabilité de l'auteur du traumatisme en ce qui ne dépend pas de la nature propre du traumatisme. Jurisprudence, travaux préparatoires de la loi et opinion des commentateurs divers. Il semble juste de tenir compte de l'état antérieur. Modes d'action de l'état antérieur. Epilepsie. Vertiges des scléreux. Hémophilie. Fragilitéosseuse, des diathèses, résistance normale des divers os. Influence de l'âge, des intoxications, des infections. Alcoolisme; *delirium tremens*. Syphilis. Paludisme. Cancer. Affections cardiaques, rénales, vasculaires.

CHAPITRE II. — *Les états pathologiques post-traumatiques* . 154

Responsabilité de l'auteur de l'accident en ce qui concerne les états post-traumatiques. Infections surajoutées : règles à suivre pour la détermination de la responsabilité. Complications infectieuses des plaies. Ostéomyélite. Infections rares : tétanos, syphilis etc. Maladies traumatiques et maladies post-traumatiques. Principes généraux devant guider le médecin.

CHAPITRE III. — *Maladies infectieuses et parasitaires.* — I. *Tuberculose* 165

Inoculation directe de la tuberculose. Tuberculose contusive. Historique de la question. Le traumatisme ne crée pas la tuberculose, ne l'appelle même pas, mais lui donne un coup de fouet.

a) Tuberculose pulmonaire. Etiologie. Modes de début. Pathogénie. Discussion du préjudice causé. Bases de l'expertise. Jurisprudence. Tuberculose post-traumatique, mais non traumatique.

b) Tuberculose pleurale. Etiologie. Symptômes et marche. Pathogénie.

c) Tuberculose péricardique. Sa rareté.
d) Tuberculose péritonéale. Absence de documents probants.
e) Tuberculose méningée.
f) Tuberculose ostéo-articulaire.
g) Tuberculose testiculaire.
h) Tuberculose mammaire.
i) Tuberculose anale, fistules.

II. *Syphilis*. 184

Action du traumatisme sur les réveils de la syphilis. Périodes où la syphilis peut être influencée par le traumatisme. Manifestations diverses. Expertise. Syphilis contractée après le traumatisme.

III. *Rhumatisme articulaire aigu*. 186

Rhumatisme articulaire et refroidissement. Rhumatisme traumatique proprement dit. Pronostic. Diagnostic et expertise.

IV. *Blennorrhagie* 187

Manifestations extra-uréthrales de la blennorrhagie et traumatisme. Pathogénie. Récidives du rhumatisme blennorrhagique. Evaluation du dommage causé.

V. *Malaria* 189

VI. *Cancer* 190

Impossibilité de reproduire expérimentalement le cancer. Statistiques diverses. Tumeurs le plus souvent en cause et localisations les plus fréquentes. Ignorance de la pathogénie. Cas où le cancer préexiste. Règles de l'expertise : conditions du traumatisme, contagion possible, siège, moment d'apparition, continuité des manifestations pathologiques, âge de la victime, antécédents. Affaiblissement général et cancer.

CHAPITRE IV. — *Maladies de la nutrition*. — I. *Diabète*. . . 197

a) *Diabète sucré* 197

Désaccord sur la question du diabète traumatique. Statistique. Étiologie. Traumatisme physique, traumatisme moral. Glycosurie transitoire post-traumatique. Début précoce ou tardif. Symptomatologie. Pronostic. Pathogénie et anatomie pathologique. Expertise. Aggravation d'un diabète préexistant.

b) *Diabète insipide* 204

Etiologie. Début. Symptômes et marche. Pronostic. Pathogénie. Expertise.

II. *Goutte*. 206
Nature du traumatisme. Action de la blessure. Goutte et blessure antérieure. Traumatisme moral et goutte.
III. *Rhumatisme chronique* 208

CHAPITRE V. — *Maladies de l'appareil respiratoire.* —
I. *Pneumonie* 209
Confusion souvent faite entre les différents états post-traumatiques du poumon.
a) Pneumonie par traumatisme du thorax. 210
Statistique. Pathogénie. Etiologie. Date du début : son importance. Symptômes. Complications. Pronostic. Expertise, en cas de vie, après décès. Influence de l'état antérieur.
b) Pneumonie par traumatisme éloigné 215
Traumatismes ayant porté sur le pneumogastrique. Traumatismes crâniens. Traumatismes ayant occasionné une commotion générale. Pneumonie par refroidissement, insolation, brûlure.
II. *Bronchites aiguës; broncho-pneumonies*. 218
III. *Gangrène pulmonaire* 219
Étiologie et mécanisme. Marche et symptômes. Durée. Expertise.
IV. *Pleurésie et épanchements pleuraux* 222
a) Pleurésie sèche. Fréquence. Étiologie. Marche. Diagnostic et expertise des adhérences pleurales. Pathogénie.
b) Pleurésie séro fibrineuse. Elle est toujours tuberculeuse.
c) Pleurésie hémorrhagique; hémothorax.
d) Pleurésies purulentes.
e) Épanchements chyleux de la plèvre.

CHAPITRE VI. — *Maladies de l'appareil circulatoire et du sang.*
I. *Péricardites* 229
Etiologie. Début. Marche. Diagnostic. Hydropneumopéricardes et hémopéricardes.
II. *Myocardites*. 231
Etiologie. Influence de l'état antérieur. Symptomatologie. Myocardite partielle. Diagnostic.
III. *Endocardite*. 234
Endocardites succédant à une plaie infectée. Endocardites traumatiques proprement dites. Endocardites aiguës et chroniques. Difficultés du diagnostic. Complications tardives.

IV. *Asystolie* 237
Cœur forcé. Travail musculaire prolongé et effort. Influences morales.
V. *Troubles nerveux cardiaques* 240
VI. *Maladies des artères* 240
Contusions. Anévrysmes. Anévrysme de l'aorte.
VII. *Maladies des veines* 241
Varices; hémorrhoïdes; varicocèle. Phlébite et embolies. Expertise.
VII. *Leucémie* 243
Rareté des cas probants. Etiologie. Pronostic. Expertise.

CHAPITRE VII. — *Maladies de l'appareil digestif et de ses annexes.* — I. *Maladies de l'estomac et de l'œsophage* . . 246
a) *Ulcère de l'estomac* 246
Etiologie des traumatismes de l'estomac. Conditions favorables. Cas confondus à tort sous la dénomination d'ulcère de l'estomac. Influence de l'état du suc gastrique. Expertise. Ulcérations stomacales à la suite de brûlures, à la suite de lésions des centres nerveux.
b) *Ulcère de l'œsophage* 250
c) *Sténose du pylore; dilatation aiguë de l'estomac* . . . 251
Pathogénie de la sténose du pylore. Dilatation aiguë de l'estomac.
d) *Troubles fonctionnels de l'estomac; névroses de l'estomac* 252
II. *Maladies de l'intestin* 253
Conditions anatomiques de l'intestin. Gravité ordinaire des lésions. Entérite phlegmoneuse. Hémorrhagies intestinales sans lésions de la muqueuse.
a) *Ulcère du duodénum* 254
Etiologie des lésions du duodénum. Ruptures dans l'effort. Ulcérations à la suite de brûlures cutanées.
b) *Occlusion intestinale* 255
Occlusion aiguë. Etiologie et mécanisme. Iléus paralytique : origine centrale ou périphérique. Invagination. Volvulus. Expertise dans les cas d'occlusion intestinale. Occlusion chronique. Sténoses de l'intestin. Histoire clinique. Pathogénie.
c) *Appendicite* 259
Statistique. Etiologie. Début, marche, pronostic. Recherches expérimentales et discussion. Dommage causé par le traumatisme. Expertise.

III. *Maladies du foie* 264
Cause favorisant ou non les lésions traumatiques du foie. Accidents immédiats.
a) *Abcès du foie*. 265
Pathogénie. Etiologie. Histoire clinique.
b) *Cirrhoses du foie* 267
c) *Kystes hydatiques du foie* 267
Division étiologique. Histoire clinique. Pathogénie. Aggravation d'un kyste préexistant. Expertise.
d) *Lithiase biliaire* 270
e) *Ictère* 270
Ictère traumatique. Ictère émotif primitif et secondaire. Ictère réflexe.
IV. *Maladies de la rate*. 272
Splénite traumatique. Splénite aiguë. Confusion possible avec le paludisme. Splénite chronique.
V. *Maladies du pancréas* 273
Etiologie des lésions traumatiques du pancréas.
a) *Pancréatite hémorrhagique* 274
b) *Kystes traumatiques d'origine pancréatique* 274
Kystes séreux. Kystes de l'arrière cavité des épiploons.
c) *Nécrose graisseuse, nécrose du pancréas* 275
Etiologie. Symptômes. Trait d'apparition tardive. Diagnostic après la mort.
VI. *Maladies du péritoine*. 277
a) *Péritonites aiguës* 277
Etiologie. Symptômes. Anatomie pathologique et pathogénie. Influence de l'état antérieur. Péritonites sans lésions apparentes des viscères. Cas tardifs. Péritonites circonscrites.
b) *Péritonites chroniques*. 281
Adhérences péritonéales. Pathogénie. Symptomatologie. Expertise : diagnostic et pronostic.

CHAPITRE VIII. — *Maladies de l'appareil génito-urinaire.*
Maladies des reins 285
Fréquence des traumatismes rénaux. Mécanisme. Pronostic général.
a) *Néphrites*. 286
Divisions du sujet. Symptômes urinaires post-traumatiques : hématurie, anurie, albuminurie. Histoire clinique. Anatomie pathologique. Pathogénie des néphrites chroniques. Expertise. Traumatisme unilatéral et néphrite bilatérale.

b) *Hydronéphroses et pseudohydronéphroses* 290
Classification. Oblitération urétérale par un caillot. Sténose cicatricielle, compression de l'uretère. Pseudo hydronéphroses, épanchements péri-rénaux. Rupture d'une hydronéphrose préexistante.
c) *Lithiase rénale* 292
Classification. Traumatisme rénal. Traumatisme des centres nerveux. Immobilisation prolongée par un traumatisme quelconque. Expertise.
Appendice. Traumatisme et grossesse. 294
Traumatisme et avortement. Influence morale. Hémorrhagie rétro-placentaire.

CHAPITRE IX. — *Maladies du système nerveux*. — I. *Maladies du cerveau et des méninges*. 297
Considérations générales sur les traumatismes crâniens. Troubles immédiatement consécutifs au traumatisme. Accidents tardifs. Leur étiologie : lésions cicatricielles, hémorrhagiques, inflammatoires.
a) Méningites. Apparition précoce ou tardive. 299
b) Abcès cérébraux. Date d'apparition. Cause. 300
c) Hémorrhagies intra crâniennes tardives. Localisation. Date d'apparition. Cause 301
d) Amnésie. Caractères. Expertise 302
e) Porencéphalie. 303
f) Epilepsie. Epilepsie jacksonienne et épilepsie vraie. 303
g) Paralysie générale. 304
h) Maladies mentales. Statistique. Opinions diverses. Etiologie. Expertise. 305

II. *Maladies de la moelle* 308
Généralités sur les traumatismes médullaires. Commotion médullaire. Compression brusque de la moelle.
a) Myélite. 309
b) Poliomyélite antérieure chronique, atrophie musculaire progressive. Fréquence. Causes. Pathogénie . . 310
c) Tabes. Historique. Etiologie. Date d'apparition. Siège du trauma. Marche. Symptomatologie. Discussion. Aggravation d'un tabes préexistant 311
d) Syringomyélie. Etiologie. Lésions anatomiques. Symptomatologie. Date d'apparition. Expertise. Aggravation possible. Syringomyélie après un trauma périphérique. 318
e) Hématomyélie 321
f) Paralysie spinale spasmodique. 322
g) Sclérose latérale amyotrophique. 322

h) Sclérose en plaques. Causes. Discussion 323
i) Paralysie agitante. Statistique. Etiologie. Début. Discussion 324

III. *Névrose traumatique; hystéro traumatisme* 325

Historique. Diverses idées émises sur la nature des troubles observés. Expérimentation. Différence d'origine des troubles observés. Plus grande fréquence des accidents graves. Distinction entre les traumatismes graves et les traumatismes légers. Névrose traumatique : tableau clinique. Troubles localisés à la suite de traumas périphériques. Différence de pronostic. Diagnostic. Exagération et simulation. Responsabilité patronale.

Appendice. *Les atrophies musculaires* 339

Chapitre X. — *Maladies des yeux* 345

Fréquence et répartition des accidents du travail intéressant les yeux. Statistique. Localisation des lésions. Influence des professions. Division.

a) *Corps étrangers*. 348

Fréquence. Corps étrangers superficiels de la conjonctive, de la cornée. Pronostic. Danger des interventions non médicales. Corps étrangers profonds des paupières, de l'orbite, intra oculaires. Diagnostic. Pronostic.

b) *Plaies*. 353

Plaies superficielles. Plaies non infectées et infectées de la cornée. Plaies profondes du globe. Hernie de l'iris. Cataracte traumatique. Plaies de la région ciliaire.

c) *Brûlures*. 357

Etiologie. Brûlures des paupières, de la conjonctive, de la cornée.

d) *Contusions* 358

Ecchymoses palpébrales et conjonctivales. Contusion du globe. Hypohéma. Mydriase traumatique. Iridodyalise. Aniridie traumatique. Blessure de l'iris. Lésions du cristallin. Cataracte traumatique et cataracte par inanition. Hémorrhagies du corps vitré. Ruptures de la choroïde, de la cornée, de la sclérotique.

e) *Troubles oculaires indirects.*

Traumatismes périorbitaires. Maladies post traumatiques. Névrose traumatique. Importance de l'état antérieur.

Chapitre XI. — *Maladies de l'oreille* 365

Rareté des lésions auriculaires. Lésions directes et indirectes. Traumatismes de l'oreille moyenne : rupture du tympan, otite purulente. Oreille interne : vertige de Ménière; hémorrhagies du labyrinthe. Expertise. Mesure de l'acuité auditive. Épreuves de Weber, de Rinne, de Schwabach. Influence de la profession.

II

Le médecin et les accidents du travail.

Chapitre Ier. — *Le droit du sinistré aux soins médicaux*. . 370

Liberté du choix du médecin laissée au blessé. Intérêts du patron et du blessé. Cas où le patron est affilié à une société de secours mutuels. Cas où le patron est assuré. Chômage abusif. Nécessité du contrôle par le patron. Modification proposée à l'acticle 4. Droit de changer de médecin, au cours du traitement. Soins d'un empirique. Refus de soins. Refus d'opération. Non responsabilité du patron pour la faute du médecin. Faute lourde du médecin.

Chapitre II. — *La médecine des accidents* 381

Nécessité de l'enseignement d'une médecine des accidents. Importance capitale de la guérison rapide en matière d'accidents du travail. Principes de la médecine des accidents. Premiers soins. Règles du traitement. Convalescence. Massage, mécanothérapie, hydrothérapie, électricité. Hôpitaux spéciaux. Liberté et obligation de l'entrée dans un hôpital. Traitements coûteux et prolongés. Traitement thermal.

Chapitre III. — *Le règlement des honoraires médicaux* . . 389

Limitation des honoraires médicaux. Le médecin est appelé par le patron. L'ouvrier fait choix de son médecin. Tarif de l'Assistance médicale et ses inconvénients. Endroits où il n'existe pas. Recours du médecin contre l'ouvrier, le patron, contre l'assureur. Tribunal compétent. Délai de prescription. Exécution du jugement. Honoraires des médecins et chirurgiens d'hôpitaux.

TROISIÈME PARTIE

Le résultat définitif de l'accident.

Chapitre Ier. — *La consolidation de la blessure* 399

Divers modes de terminaison de l'accident. Document officiel parlant de la consolidation. Consolidation anatomique et consolidation fonctionnelle. Diverses définitions de la consolidation. Consolidation et maximum de réparation fonctionnelle. Analyse des différentes parties de la définition de la consolidation. Consolidation et reprise du travail. Importance de la fixation du jour de la consolidation.

Chapitre II. — *L'expertise médico-légale* 408

Choix et mode de nomination des médecins experts. Incompatibilité avec les fonctions de médecin de Sociétés d'assurances ou de compagnies industrielles. Droit de récusation. Droit des parties à assister à l'expertise et de se faire assister. Opérations de l'expertise. Autopsie et exhumation. Examen d'un blessé. Rapport d'expertise : il doit être complet, clair, précis. Forme du rapport. Dépôt du rapport. Honoraires des médecins experts.

Chapitre III. — *De la simulation* 420

Simulation et exagération. Fréquence. La simulation est un délit. Simulation complète. Le chômage abusif. Règles générales pour déjouer la simulation. Moyens d'exploration à rejeter. Simulation des troubles de la sensibilité. Hyperesthésie, anesthésie. Simulation de la surdité. Simulation des troubles de motilité. Différences normales entre les membres homologues. Craquements articulaires et ankyloses ; paralysie flasque ; faiblesse musculaire ; tremblements.

Chapitre IV. — *L'incapacité permanente* 431

Divers degrés d'incapacité de travail. Mode d'évaluation de l'incapacité permanente. Barèmes fixes et leurs inconvénients. Variation du tort causé avec la profession exercée par le blessé. La loi française indemnise seulement la diminution dans la capacité de

travail. La défiguration. Egalité de salaire. Classifications des professions. Capacité de concurrence. Passage d'une profession à une profession voisine. Conditions individuelles : intelligence, âge. Cas extrêmes : grandes et petites infirmités. Infirmités préexistantes. Jurisprudence. Appareils prothétiques. Incapacité absolue. Jurisprudence. Sa rareté. Effets de l'accoutumance sur l'incapacité permanente. Incapacité temporaire relative. Rente ou capital.

CHAPITRE V. — *Évaluation des incapacités permanentes* . . 448

I — *Maladies générales*. 451

Tuberculose pulmonaire, pleurale, péricardique, etc. — Syphilis. — Cancer. — Diabète. — Leucémie, lymphadénie.

II. — *Tête, rachis, centres nerveux*. 457

Pertes osseuses crâniennes. — Épilepsie. — Maladies mentales. — Amnésie. — Aphasie. — Agraphie. — Névrose traumatique. —

Troubles cérébraux divers.

Maladies de la moelle épinière.

Lésions de la colonne vertébrale.

III. — *Yeux, oreilles*. 461

a) *Yeux*. Consolidation de la blessure. — Étude de la cicatrice. — Examen de l'œil sain. — Ophthalmie sympathique. — Incapacité permanente, absolue et partielle. — Troubles indirects de la vision : déviation des cils, adhérences conjonctivales, paralysies musculaires, paralysie faciale, luxation du cristallin, rétrécissement du champ visuel. — Troubles directs de la vision. — Appréciation de l'acuité visuelle. — Acuité physiologique et acuité professionnelle. — Limites de l'acuité visuelle professionnelle. — Schéma de Groenouw. — Cécité monolatérale. — Œil opéré de cataracte. — Refus d'opération en ophthalmologie. — Simulation.

b) *Oreilles*. Oreille externe. — Surdité unilatérale ou complète. — Vertiges. — Écoulement chronique.

IV. — *Thorax, abdomen, et viscères contenus*. 489

a) *Thorax*. Lésions de la cage thoracique. — Névralgies intercostales.

b) *Poumons et plèvres*. Pleurésies sèches ; adhérences pleurales.

c) *Affections cardiaques*. Péricardites, myocardites, endocardites.

d) *Hernies*. Facteurs d'aggravation ou d'atténuation. — Hernies inguinales, cicatricielles, crurales, ombilicales, épigastriques, diaphragmatiques, obturatrices, lombaires, ischiatiques. Cure radicale.
e) *Maladies du péritoine*. Péritonites chroniques.
f) *Maladies de l'estomac*. Sténoses du pylore. — Ulcère de l'estomac.
g) *Rate*. Splénite. — Splénectomie.
h) *Reins et organes génito-urinaires*. Néprhites. — Hydronéphroses. — Rein mobile. — Néphrectomie. — Ruptures de l'urèthre. — Incontinence d'urine et fistules urinaires. — Névralgie du cordon spermatique. — Perte des testicules. — Prolapsus de l'utérus.

V. — *Membre supérieur* 501
a) *Épaule*. Mouvements normaux. — Ankylose. — Laxité articulaire. — Luxation récidivante. — Fractures de la clavicule. — Fractures de l'omoplate.
b) *Bras*. Fractures de l'humérus et pseudarthrose. — Perte totale du bras.
c) *Coude et avant-bras*. Laxité et ankylose du coude. — Raccourcissement de l'avant-bras. — Déformations. — Amputation de l'avant-bras.
d) *Poignet, main*. Ankylose. — Perte totale et partielle de la main.
e) *Doigts*. Valeur professionnelle des doigts. — Lésions diverses. — Facteurs d'aggravation de la perte d'un doigt. — Perte totale ou partielle du pouce, de l'index, du médius de l'annulaire, de l'auriculaire. — Combinaisons diverses dans la perte des doigts.

VI. — *Membre inférieur* 512
Considérations générales. — Raccourcissements du membre inférieur. — Différences normales entre les deux membres. — Petits et grands raccourcissements.
a) *Bassin, hanche, cuisse*. Fractures du bassin. — Affections douloureuses de la hanche. — Ankyloses de la hanche. — Luxation de la hanche. — Fractures du fémur : consolidation vicieuse, pseudarthroses. — Perte totale du membre. — Perte des membres inférieurs. — Sciatique.
b) *Genou, jambe*. Entorse du genou. — Mobilité anormale du genou. — Ankylose du genou. — Luxation du genou. — Fracture de jambe. — Hernie du muscle jambier antérieur. — Perte totale de la jambe.
c) *Pied*. Mouvements principaux et mouvements accessoires. — Articulation du cou de pied : ankylose. —

Perte totale ou partielle du pied. — Lésions du tarse et du métatarse. — Fractures de l'astragale et du calcanéum. — Pied plat traumatique. — Fractures du métatarse. — Lésions des orteils.

Chapitre VI. — *La revision* 522

Droit commun et aggravation d'une infirmité post-traumatique. La loi de 1898. Aggravation ou atténuation prévue. Conditions pour obtenir la revision. Le changement doit être non prévu et doit découler de l'accident. Importance de la spécification exacte de l'état de la victime dans le rapport d'expertise. L'insuffisance du délai de trois ans. Amélioration et aggravation progressives. Inconvénients du système français.

Rapports médicaux en matières d'accidents. 529

1. Hernie prétendue. 529
2. Hernie 534
3. Pneumonie 536
4. Tuberculose pulmonaire. 538
5. Opacités du cristallin 541
6. Conjonctivite 544
7. Hystéro-traumatisme 546
8. Hystéro-traumatisme 549
9. Hystéro-traumatisme 550
10. Hystéro-traumatisme 552
11. Hystéro-traumatisme 553
12. Péritonite chronique. 555
13. Fracture de l'omoplate. 556
14. Perte du médius et de son métacarpien. 558
15. Perte de deux phalangettes. 561
16. Perte de deux phalangettes 561
17. Arthrite du genou. 563
18. Simulation 564

Annexes. 571

I. Loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 23 mars 1902; loi du 30 juin 1899. 571

II. Tarif des honoraires médicaux en cas d'accidents, adopté par les médecins de la Gironde. 583

Table alphabétique des matières. 587

Table analytique des matières. 597

École Professionnelle d'Imprimerie

à Noisy-le-Grand (Seine-et-Oise).

DATE DUE
DATE DE RETOUR

